FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N° 152

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PORCHERON
Né à Paris, le 10 novembre 1885

DE

L'ÉPITHÉLIOMA CUTANÉ DÉVELOPPÉ

Sur des Dermatoses préexistantes

Président : M. Ernest GAUCHER, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, Éditeurs
15, Rue Racine (VIe)

1911

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — **THÈSE** — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PORCHERON
Né à Paris, le 10 novembre 1885

DE

L'ÉPITHÉLIOMA CUTANÉ DÉVELOPPÉ

Sur des Dermatoses préexistantes

Président : M. ERNEST GAUCHER, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD
BERNARD
BRANCA
BRINDEAU
BROCA (A.)
BRUMPT
CAMUS
CARNOT
CASTAIGNE
CHEVASSU
CLAUDE
COUVELAIRE
DESGREZ
DUVAL (P.)
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
JEANNIN
JOUSSET (A.)
LABBE (M.)
LANGLOIS
LAIGNEL-LAVASTINE
LECENE
LENORMANT
LEQUEUX
LERI
LOEPER
MACAIGNE
MAILLARD
MORESTIN
MULON
NICLOUX
NOBECOURT
OKINCZYC
OMBREDANNE
PROUST
RATHERY
RETTERER
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERRE
SCHWARTZ
SICARD
TERRIEN
TIFFENEAU
ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. GAUCHER

Professeur de Clinique des Maladies cutanées
et syphilitiques à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A qui nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici notre reconnaissance pour son enseignement si profitable et pour la bienveillance avec laquelle il voulut bien nous accueillir dans son service de l'hôpital Saint-Louis.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur de l'hôpital Boucicaut
Officier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR BALZER

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui voulurent bien nous accueillir dans leur service, nous permettant ainsi d'acquérir la pratique de leur enseignement si profitable.

MONSIEUR LE DOCTEUR BRAULT

(Hôpital Lariboisière)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

(Hôpital Broussais)

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON

(Hôpital Boucicaut)

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUTIER

(Hôpital Necker)

MESSIEURS LES DOCTEURS BOUFFE
DE SAINT-BLAISE ET MILIAN

MONSIEUR LE DOCTEUR DRUELLE

Ancien chef de Clinique de la Faculté

Qui nous a donné de si multiples preuves d'affectueux intérêt et qui nous a conseillé ce sujet de thèse.

MONSIEUR LE DOCTEUR BLANDIN

Ancien assistant des Hôpitaux

Qui a guidé, avec tant de bienveillance, nos premiers pas dans la carrière médicale.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
ANDRÉ BROCA

Qui avec son affabilité habituelle nous donna de si précieux conseils au cours de ce travail.

DE

L'ÉPITHÉLIOMA CUTANÉ

Développé sur des Dermatoses préexistantes

INTRODUCTION

Le temps, que nous avons passé dans le service de M. le professeur Gaucher, nous a permis d'observer quelques cas d'épithélioma greffé sur des dermatoses préexistantes et, il y a peu de mois encore, avec M. le Dr Druelle, chef de clinique de la Faculté, nous avions longuement observé, à la salle Saint-Louis, un cas de cet ordre.

Aussi, quand M. le Dr Druelle nous conseilla d'étudier plus complètement ce sujet, nous le fîmes avec le plus grand intérêt ; et, si dans le cours de ce modeste travail, nous signalons ce que nous avons rencontré dans la littérature médicale, nous nous sommes proposé d'insister plus particulièrement sur les cas qui se sont présentés à l'hôpital Saint-Louis, à la clinique des Maladies cutanées et syphilitiques, dans le service de M. le professeur Gaucher.

La malignité soudaine, que prennent certaines

lésions cutanées préexistant depuis de longues années sur un individu, est chose connue depuis fort longtemps, et les anciens auteurs, en face de leur impuissance, en parlent avec effroi. Depuis quelques années, l'attention des médecins est orientée vers l'épithélioma, et, de tous les points, on signale, d'une manière précise, cette complication si redoutable. En effet, l'épithélioma survenant sur un point de l'organisme qui a déjà souffert, non seulement se greffera de préférence sur ce point, mais encore y présentera une malignité particulièrement grande. Et, dans les cas que nous avons étudiés, le plus souvent, nous notons l'extension rapide, la destruction profonde, l'envahissement et la mort toujours à brève échéance. Enfin, récemment, au Congrès international pour l'étude du cancer, qui s'est réuni en 1910 à Paris, le professeur Czerny, de Heidelberg, président, a rapporté que les statistiques des dix ans passés semblent prouver que la fréquence du cancer va croissant, et qu'il tient certainement le second rang parmi les maladies qui causent la mort des adultes.

En 1824, J.-L. Alibert, dans son *Traité des Maladies de la peau*, dit : « J'ai eu l'occasion d'observer — ainsi que nombre de mes élèves — l'horrible complication de la dartre rongeante et du cancer. » Il en signale une observation fort intéressante que nous rapporterons plus loin et, dans ce même ouvrage, Alibert discute le diagnostic de la dartre rongeante et du cancer, dégageant nettement la coexistence de

deux lésions distinctes et de nature différente sur un même point.

En 1854, Devergie signale deux cas d'épithélioma développé sur des lupus guéris depuis longtemps.

En 1869, Bouisson signale un cas d'épithélioma développé sur eczéma, mais déjà, Hardy n'avait-il pas soutenu l'opinion qu'il y a une certaine relation entre l'eczéma et le cancer.

En 1874, M. Pozzi rapportait un cas d'épithélioma survenant chez un psoriasique, mais Bazin pensait que le psoriasis prédisposait au cancer.

Depuis, on a signalé l'épithélioma greffé sur les lésions cutanées les plus diverses ; en effet, lorsque l'on étudie le cancer, le plus souvent, on trouve une lésion préexistant, aussi bien l'ulcère de l'estomac suivi de cancer, aussi bien la verrue séborrhéique du visage qui a subi la dégénérescence maligne. Puis, on a décrit les dermatoses précancéreuses. Et, abandonnant momentanément cette question, passons-nous à l'étude des cas que nous avons rencontrés, laissant, pour les conclusions, la suite qui sera la fin de nos modestes recherches.

PLAN

Nous commencerons par réunir les cas d'épithélioma greffé sur lupus tuberculeux, complication décrite la première et dont le nombre des cas publiés est le plus considérable. Puis, à l'occasion du traitement de cet épithélioma greffé sur lupus tuberculeux, nous signalerons quelques observations, qui nous ont paru du plus haut intérêt, d'épithélioma se développant sur radiodermite. Nous rapporterons, ensuite, les observations d'épithélioma greffé sur lupus érythémateux. Nous nous occuperons ensuite de la coexistence de l'épithélioma et du psoriasis, et de la grande importance que donnent certains auteurs anglais à l'influence du traitement arsenical dans la genèse de cette complication épithéliale. Puis, nous signalerons l'épithélioma sur lichen, dont nous avons eu l'occasion d'observer un cas dans le service de M. le professeur Gaucher. Nous signalerons, ensuite, l'épithélioma sur eczéma, sur les différents ulcères de jambe ; sur les nævi, question des plus vastes par le nombre des observations publiées, mais ici nous nous en tiendrons à celles du service. Enfin nous terminerons en citant la complication de l'épi-

thélioma et de certaines lésions syphilitiques cutanées tertiaires et en passant en revue certaines dermatoses précancéreuses.

Épithélioma sur lupus tuberculeux

La première observation de cette complication est due à Alibert ; nous la rapportons complètement, car il nous semble bien qu'il s'agissait primitivement d'un lupus tuberculeux :

J'ai eu l'occasion d'observer l'horrible complication de la dartre rongeante (Herpes exedens) et du cancer.

Un militaire, âgé de trente-cinq ans, prétendait avoir toujours ressenti de la douleur dans l'intérieur des fosses nasales, lorsqu'il se mouchait. Cette douleur s'accrut d'une manière alarmante, après qu'il eût enduré les fatigues des différentes guerres qui ont eu lieu pendant la Révolution française ; il se crut infecté du vice syphilitique et fit vainement l'essai de plusieurs remèdes. Le mal prit de l'accroissement, le nez et la lèvre supérieure s'enflammèrent, la tuméfaction de ces organes fut portée au plus haut degré. On vit se manifester à la surface du nez un bouton pustuleux, auquel succéda l'ulcération de la peau. La démangeaison était continuelle, mais peu intense : ce n'était effectivement, à l'époque dont je parle, qu'une simple dartre rongeante. Cependant le malade était dévoré par le chagrin ; il se livra lui-même à un tel désespoir, qu'il voulut plusieurs fois se donner la mort. Après une scène déplorable de ce genre, les symptômes s'exagérèrent tellement, que l'aspect de l'ulcère fut

totalement changé en quelques jours. Ses bords étaient tuberculeux et renversés. Il rendait une sanie verdâtre si fétide qu'on n'approchait du malade qu'avec répugnance. A ce prurit léger qui avait caractérisé le premier degré de cette maladie, succédèrent des douleurs atroces : « Il me semble, disait cet infortuné, que des chiens affamés mordent et dévorent mes chairs. » Aussi, n'eût-il pas le courage d'attendre la fin de sa destruction, il s'étrangla avec une corde qui était attachée au ciel de son lit. (J.-L. Alibert, *Maladies de la Peau*, t. I, 1825, p. 206).

Cette observation montre nettement le développement du cancer sur une dermatose préexistante et Alibert a voulu montrer l'importance qu'il attachait à ce fait, car plus loin (t. I, p. 247), il discute le diagnostic de la dartre rongeante et du cancer et sépare nettement les deux lésions.

En 1836, Rayer dans son *Traite des Maladies de la Peau*, fait une excellente description symptomatique de cette complication.

En 1854, Devergie rapporte l'observation de deux cas d'épithélioma développé sur des lupus tuberculeux guéris depuis longtemps. Les deux malades avaient atteint la cinquantaine (*Traité des Maladies cutanées*, p. 570). Puis la complication est signalée par de nombreux auteurs, les observations se multiplient et l'étude est poussée plus à fond.

En 1859, Weber en publie deux cas soigneusement étudiés :

OBSERVATION I (Résumée)

Femme de quarante-sept ans, présentant un lupus de la face depuis trente et un ans ; sur la cicatrice lupique un épithélioma se greffa, il fut extirpé, mais il récidiva rapidement et peu après la mort survint.

OBSERVATION II (Résumée)

Homme de quarante-cinq ans, épithélioma survenu sur lupus tuberculeux du nez et de la joue gauche, extirpation et cicatrisation ; mais deux mois plus tard récidive inopérable.

En 1867, Weuck publie quatre cas de cancroïdes développés sur cicatrices lupiques. La même année, Hébra rapporte le cas suivant :

Sur lupus datant de l'enfance, grosse tumeur épithéliomateuse qui a pris naissance presque au centre de la plaque lupique. Ce cas fut jugé inopérable et la mort survint rapidement. La tumeur sembla s'être développée d'autant plus, qu'elle fut touchée au crayon de nitrate d'argent.

En 1870, Wolkmann en rapporte trois cas.

En 1874, Lang signale un cas d'épithélioma survenu sur lupus en évolution avec mort rapide. La même année Waldeyer signale le cas d'un épithélioma développé sur lupus des orteils, qui fut extirpé, mais il y eut rapidement récidive, et on fut

obligé d'amputer la jambe. Malgré ce traitement énergique la mort survint rapidement par métastase.

En 1875, Thoma décrit un cas d'épithélioma développé sur un lupus tuberculeux ulcéré. La même année Langenbeck rapporte trois observations précises, les deux premières montrent l'épithélioma développé sur lupus cicatrisé, la dernière se rapporte à un cas d'épithélioma se développant sur un lupus en pleine évolution.

En 1877, Esmarch rapporte deux cas et insiste sur le fait du développement de l'épithélioma aux dépens de la cicatrice lupique.

En 1879, Kaposi signale un nouveau cas, en fait l'étude anatomo-pathologique et montre nettement l'association du cancer et du lupus.

En 1883, Vidal observe un cas d'épithélioma développé sur lupus exedens de la joue droite.

En 1884, Besnier observe un épithélioma de mœurs graves greffé sur lupus tuberculeux.

En 1885, Leloir, dans une de ses cliniques, signale avoir observé le développement de l'épithélioma sur un nodule lupique non guéri entouré de tissu sain.

En 1886, Bidault, dans sa thèse, rapporte deux nouvelles observations. L'examen histologique fut pratiqué dans ces deux cas. L'auteur conclut dans le premier cas au développement de l'épithélioma sur la cicatrice lupique et dans le second au développement de l'épithélioma aux dépens des glandes sébacées. Un de ces cas présenta une évolution rapide ;

opéré le malade mourut, un an après, des suites d'une récidive ganglionnaire.

En 1887, Allen publie un cas d'épithélioma de la face probablement survenu sur un lupus tuberculeux. Mibelli publie une brochure sur la coexistence du lupus et de l'épithélioma et en rapporte un nouveau cas. P. Raymond et E. Vidal publient deux cas de lupus exedens devenus épithéliomateux avec examen microscopique concordant.

En 1888, Nielsen en publie un nouveau cas. Le malade, opéré, meurt un an plus tard de récidive qui avait été jugée inopérable. Hutchinson en rapporte un cas.

En 1890, Blaschko publie l'observation d'un malade de trente-six ans, présentant un lupus tuberculeux depuis l'âge de quatre ans, sur lequel l'épithélioma s'est développé. L'examen histologique confirme le diagnostic clinique.

En 1892, Leloir, dans son *Traité de la Scrofulo-tuberculose,* reprend la question et rapporte avoir vu 15 fois la complication survenir sur 1.000 cas qu'il a suivis.

En 1893, Desbonnets, dans sa thèse remarquable, fait une étude très complète de la question, et nous rapporterons ici quelques-unes de ses conclusions.

En 1894, H. Brodier et Hallopeau présentent un homme atteint de lupus de toute la face, sur lequel s'installa l'épithélioma, quinze ans après le début du lupus. L'opération fut pratiquée par le Dr Richelot qui fit une exérèse très large ; malgré celle-ci, une

récidive survint un mois après; on opéra de nouveau, un mois plus tard survenait une récidive inérapoble.

En 1900, Morris présenta un cas de cet ordre à la Société dermatologique de Londres.

En 1904, Mac Leod montre les coupes d'un épithélioma développé dans un cas de lupus vulgaire traité par la lumière de Finsen.

En 1906, M. Morestin, à la Société de Dermatologie, présente un cas de cet ordre avec un résultat opératoire remarquable. L'examen histologique, fait par Cornil, confirma le diagnostic clinique.

A la suite de ces cas dont nous ne donnons que l'énumération succincte, nous rapporterons en détail les cas observés dans le service de M. le professeur Gaucher.

Obs. I. — M. N..., cinquante-trois ans, cocher, mars 1904. Début il y a dix-huit mois d'un lupus pernio-typique au point de vue clinique, pendant l'hiver (le visage est très exposé, par suite de sa profession). Depuis cette époque la lésion ne s'est jamais cicatrisée, s'améliorant en été. *Actuellement*, ulcération de 5 centimètres, arrondie, recouverte d'une croûte très adhérente, à bords éversés très indurés.

Diagnostic. — Epithélioma sur lupus tuberculeux.

Traitement. — Cautérisation ignée (Fiche n°2643. Policlinique Henri IV, service de M. le professeur Gaucher).

Obs. II. — M. Yves C..., cinquante et un ans, ajusteur, août 1909. Début de l'affection il y a quinze ans par un petit bouton sur la joue droite, auquel a succédé une ulcération.

Cette ulcération, traitée par des pommades, pointes de feu et rayons X, n'a jamais guéri. Il y a deux mois M. le Dr Rieffel fit une petite intervention chirurgicale.

Actuellement, toute la joue droite est occupée par une lésion cicatrisée à la partie inférieure qui présente en haut, devant l'oreille, une ulcération grande comme une pièce de 5 francs. Cette ulcération est bourgeonnante et présente en certains points un rebord surélevé. Au-dessous de cette ulcération on trouve une zone infiltrée, mollasse, où il semble exister quelques nodules jaunâtres. A la région sous-maxillaire gauche on voit un placard cicatriciel qui a été traité par la radiothérapie et sur lequel on voit deux nodules lupiques jaunâtres. Un gros ganglion rétro-maxillaire, dur et indolore.

Diagnostic. — Epithélioma sur lupus tuberculeux.

Traitement. — Radiothérapie (Fiche 14981. Policlinique Henri IV, service du professeur Gaucher) (Fiche n° 14981, de la salle de radiothérapie. Professeur agrégé Broca).

Août 1909. — 15 H. sur l'angle de la mâchoire en une séance après filtration (c'est-à-dire 30 H.)

14 H. partout ailleurs, après isolement de la partie centrale ; 10 H. à la périphérie.

25 octobre. — 4 H. périphérie ; 10 H. au centre.

20 avril. — La cicatrisation a progressé entièrement jusqu'à aujourd'hui. Le malade, qui souffrait beaucoup au début, souffre très peu maintenant. Il peut manger et dormir.

Janvier 1911. — *Actuellement,* le malade est toujours en traitement à la policlinique Henri IV, et présente un bon état général.

Obs. III. — Mlle G..., vingt-neuf ans, juillet 1909. Lupus tuberculeux de la joue droite, de la joue gauche, du cou et du

bras soigné à Montluçon par pommades ; ce lupus tuberculeux a débuté il y a vingt-trois ans, alors qu'elle avait six ans. *Actuellement*, atrophie musculaire très prononcée des bras. Les plaques lupiques des bras et des coudes sont à peu près complètement cicatrisées ; elles ont entraîné une demi-ankylose articulaire à angle droit.

26 août. — Galvanocautère.

27 septembre. — Même traitement.

10 novembre. — Adénite suppurée sous-maxillaire gauche, ponctionnée au trocart, injection éther iodoformé.

14 novembre. — Part à la campagne, la fistule du cou suinte.

16-21 décembre. — Nouvelles cautérisations.

6 janvier 1910. — Galvanocautère.

13 janvier. — Galvanocautérisation. Une fistule du cou suinte.

6 mars. — Vient régulièrement se faire cautériser une fois par semaine, envoyée en chirurgie pour la fistule du coude et pour celle du cou. Incision, pansement iodoformé.

10 mars. — A perdu 3 kilogrammes en deux mois. Piqûres cacodylate de soude ; ira un mois à la campagne.

12 mai. — Tuméfaction de la branche montante du maxillaire gauche avec infiltration du derme.

21 mai. — Sur la partie inférieure et externe du placard lupique gauche, au voisinage de la lésion fistuleuse, on voit une petite excroissance bourgeonnante, saillante, d'aspect néoplasique ou tuberculo-hypertrophique. Ganglions sous-maxillaires. Adénite de la région carotidienne et de la région sous-claviculaire. On diagnostique épithélioma sur lupus et on envoie la malade en chirurgie.

21 mai. — La lésion a été opérée. Ablation au bistouri de la tumeur et de la peau malade à gauche. Décollement sous la peau saine en arrière jusqu'à l'angle du maxillaire et jusqu'à la clavicule.

27 juillet. — Opérée de nouveau pour libérer la cicatrice rétractile, puis retournera à la campagne.

25 août. — Revient. Récidive bourgeonnante de la taille d'une soucoupe.

27 janvier. — A été opérée pour récidive par M. le Dr Rieffel (Fiche n° 14718 de la policlinique Henri IV, service de M. le professeur Gaucher) (Professeur Gaucher et Dr Octave-Claude).

Obs. IV. — P... Marie, cinquante-deux ans, journalière. Chaville, juillet 1910.

La malade entre à l'hôpital pour épithélioma du pourtour du conduit auditif datant de un mois et demi. La malade a un lupus tuberculeux depuis dix ans pour lequel elle fut soignée chez elle par des pommades. Il y a cinq mois, elle fut soignée à l'hôpital Saint-Louis par des applications de radium (Dr Oct.-Claude). Il y a cinq mois elle fut soignée à la Charité par rayons X.

Actuellement, on constate des cicatrices multiples du lupus. Au pourtour du conduit auditif, mais surtout en avant et se prolongeant même à son intérieur, on constate une masse bourgeonnante, végétante, de la dimension d'une pièce de 5 francs ; les bords sont surélevés. On sent en palpant la tumeur qu'il existe une infiltration des parties profondes ; les bourgeons qui la recouvrent saignent facilement. Au pourtour de la tumeur, on constate au-dessous du pavillon de l'oreille, dont le lobule est envahi et adhérent, un bourrelet œdémateux. Les douleurs sont extrêmement vives.

Traitement. — Pulvérisations.

2 août. — La malade sort de l'hôpital.

11 août. — Revient dans le service, salle Henri IV. La malade est dans le même état qu'à la sortie. Elle s'est traitée par pansements humides.

Traitement. — Pulvérisation, eau chloralée au 1/100, pansement eau chloralée.

1er octobre. — Volumineuse tumeur, bourgeonnante, ulcéreuse, développée devant le pavillon de l'oreille. Douleurs violentes difficilement calmées.

26 octobre. — La malade est décédée (Fiche n° 17871 de la policlinique Henri IV, service de M. le professeur Gaucher).

Cette complication est-elle fréquente ? Nous nous sommes efforcé de recueillir le plus grand nombre des observations publiées, or, vu la fréquence du lupus tuberculeux, cette complication est en définitive une complication rare. Alors que Leloir a vu, sur 1.000 cas de lupus tuberculeux, 15 fois la complication épithéliomateuse s'établir, que Dubois-Havenith l'a rencontrée 3 fois sur 118 cas, Bardeleben sur 1.000 cas ne l'a jamais rencontrée. Sur les 318 cas de lupus tuberculeux traités à la policlinique Henri IV, nous n'avons rencontré que 4 fois la terrible complication. Mais, nous ajouterons que trois de ces malades sont venus à la consultation de M. le professeur Gaucher présentant déjà l'épithélioma greffé sur leur lupus tuberculeux et que, dans un seul cas, nous avons vu dans le service la transformation

maligne se produire, chez une malade traitée par cautérisation ignée (obs. III).

La description symptomatique de cette complication a été faite par nombre d'auteurs depuis Rayer. Nous emprunterons à Desbonnets cet excellent chapitre de sa thèse : « Généralement, il se produit au début une petite tumeur assez analogue à une verrue séborrhéique recouverte d'une squame épaisse. Le développement de cette tumeur se fait d'ordinaire d'une façon lente, progressive, sans donner lieu au début à aucune douleur. Puis tout à coup la lésion semble s'étendre rapidement et gagner en surface et en profondeur. Le néoplasme peut revêtir deux formes : la forme végétante, la forme ulcéreuse. Faisons remarquer que, souvent, quelle qu'ait été l'apparence initiale, le mal aboutit au bout d'un certain temps à l'ulcération. L'ulcération commence à sécréter un liquide séro-purulent et la tumeur prend un développement plus rapide. Sa surface est rouge, irrégulière, elle saigne au moindre contact ; le fond de l'ulcération peut se creuser sans bourgeonner. Les bords sont saillants, durs, renversés au dehors, parfois ils sont affaissés, moins indurés, de niveau avec les parties voisines. La base présente toujours une induration plus ou moins marquée. Quelquefois la néoplasie se fait sous forme de végétations et prend l'aspect d'un véritable chou-fleur. On voit alors se produire une tumeur arrondie, rouge sale, dépassant de quelques centimètres les surfaces voisines dont elle se détache très nettement. Les bords sont élevés

et arrondis. La base est dure et contracte des adhérences variables avec les tissus profonds. En même temps apparaissent les phénomènes douloureux, variables suivant le siège, les irritations auxquelles la tumeur est soumise et la susceptibilité du malade. Un autre symptôme très important à considérer est l'envahissement ganglionnaire plus ou moins tardif. »

Le diagnostic de la complication est difficile au début, mais c'est là une éventualité rare, le malade ne venant consulter habituellement qu'à la période d'état, soit pour une tumeur qui gagne rapidement, soit pour des phénomènes douloureux qui l'ont effrayé. A la période d'état, le diagnostic est relativement facile lorsque l'on a devant soi la forme végétante, il reste difficile lorsque l'on a devant soi la forme ulcéreuse. Et souvent, dans ce dernier cas, ce sont les phénomènes subjectifs, l'apparition de la douleur, le dire du malade effrayé de la marche rapide de la lésion, l'envahissement ganglionnaire qui finissent par imposer le diagnostic.

Aussi passerons-nous à l'étude de l'évolution clinique, qui est d'une importance considérable tant au point de vue diagnostic qu'au point de vue traitement. Le lupus tuberculeux, l'une des dermatoses les plus graves qui puissent affecter le visage, est une maladie cutanée qui généralement devient de plus en plus rebelle avec le temps et tous les auteurs insistent sur la nécessité d'un traitement énergique, les difficultés du traitement croissant avec l'âge des lésions. Ce caractère particulier, dépendant de

l'étendue et de la profondeur des ravages que cette lésion exerce, des troubles cellulaires profonds qu'elle détermine, imprime à cet épithélioma consécutif une marche particulièrement envahissante ; et dans tous les cas de cet ordre, le pronostic est singulièrement grave, tous les auteurs s'accordent sur ce point : « Leur conversion en cancer est rapidement sinistre », a dit Alibert. Devergie a insisté sur la mort qui survient rapidement dans ces cas. Rayer s'exprime de même lorsqu'il dit : « Variété rare, mais des plus graves. » La malignité de l'épithélioma greffé nous semble dépendre dans une certaine mesure du degré de malignité qu'avait présenté le lupus tuberculeux antérieurement. Plus le lupus tuberculeux aura présenté de manifestations sévères, tant en surface qu'en profondeur, plus l'épithélioma sera de mœurs graves. Plus longtemps le lupus tuberculeux aura exercé ses ravages, plus redoutable sera la complication ; et, le facteur durée nous a paru pour le lupus tuberculeux, comme pour les autres dermatoses suivies d'épithélioma, le facteur le plus important à considérer. Les dermatoses aiguës passagères, intermittentes, nous paraissent n'avoir qu'une action tout à fait infime pour la location du cancer et, seules, les dermatoses dont les manifestations cutanées ont le caractère de demeurer stables longtemps en un point de l'épiderme, sont à considérer dans la genèse de la transformation maligne, au facteur durée s'ajoutant secondairement le facteur désordre cellulaire plus ou

moins poussé. Mais, cette lésion locale grave produite par le lupus, aggravée singulièrement par l'épithélioma rend encore le traitement particulièrement difficultueux ; et, malgré les différents agents thérapeutiques employés, la généralisation se produit de bonne heure, la cachexie survient et la mort termine rapidement ces cas : un an nous paraît le terme ultime, bien que nous connaissions quelques très rares exemples où la survie s'étendit jusqu'à quatre années.

Au commencement, le cancer est une maladie locale, soutient Czerny et la majorité des auteurs, et alors une maladie peut être généralement d'une curabilité facile par les mesures radicales, et M. le professeur Delbet soutient qu'à l'heure actuelle la cure du cancer peut être obtenue par une opération faite tôt et bien. Or, une opération faite tôt et bien dans les cas que nous avons relevés est chose particulièrement difficile ; car ici nous avons des tissus malades depuis longtemps, une forme de cancer dont tous les auteurs ont signalé la marche rapide, aussi, bien que nous connaissions quelques bons résultats opératoires de ces cas, le plus souvent l'exérèse large, l'évidement le plus avancé n'ont pu prévenir la récidive, et la mort se produisit rapidement. Le traitement par caustiques dans ces cas où il faut agir vite est, à l'heure actuelle, à peu près complètement abandonné. Nous sommes donc amené à parler du traitement chirurgical et du traitement par les agents physiques. Nous ne ferons point

un parallèle entre le traitement chirurgical et le traitement radiothérapique, ni entre le traitement radiothérapique seul et l'exérèse chirurgicale suivie d'applications physiques pour en rendre plus complète l'action, soit applications de radium, de la grande étincelle de haute fréquence, de rayons X. Nous dirons, toutefois, que ce mode de traitement, lorsqu'il est possible d'y avoir recours, nous paraît logiquement devoir présenter les plus grands avantages et que nombre de dermatologistes américains, qui ont fait d'excellentes études des cas dont nous nous occupons ici, Stelwagon, G. White, Gilchrist ont préconisé hautement ce mode général de traitement. Mais, à l'heure actuelle, le traitement par rayons X est des plus en faveur, l'emploi du radium, étant beaucoup moins en cours à cause du prix élevé de celui-ci, d'où la difficulté de réunir des doses suffisantes pour instituer un traitement utile sur une surface toujours d'une certaine étendue, aussi nous en tiendrons-nous au traitement radiothérapique.

L'épithélioma a été étudié, d'une façon très suivie, par les histologistes et les radiothérapeutes. Or il est curieux de noter que, étudiant ces cas au point de vue pronostic général, ces différents auteurs sont arrivés à conclure un peu différemment.

M. Darier soutient que les épithéliomas spino-cellulaires sont moins favorablement influencés que ceux appartenant au type baso-cellulaire. M. Holznecht prétend que tous les épithéliomas limités à la peau guérissent toujours par la radiothérapie.

M. Belot, plus simplement, distingue deux classes d'épithéliomas : ceux qui évoluent lentement, ceux qui évoluent rapidement, opinion soutenue depuis longtemps et par nombre d'auteurs ; et il dit avoir remarqué que, alors que le traitement par rayons X donne sur les premiers d'excellents résultats, sur les seconds, au contraire, il amène difficilement un résultat favorable bien appréciable. M. Béclère a dit que : « des néoplasmes de même forme histologique peuvent présenter de grandes différences », et il rapporte avoir remarqué que, si certaines cellules d'un certain type sont complètement détruites par des doses faibles, certaines autres cellules histologiquement identiques ne sont influencées d'aucune façon par des doses fortes. Pour notre part, nous avons vu maintes fois M. A. Broca soutenir qu'en matière de pronostic au sujet de l'épithélioma, l'examen histologique ne donnait pas grand'chose, et qu'il valait mieux s'en tenir à la clinique sur ce point. Aussi, si nous parlons du traitement des épithéliomas cutanés consécutifs à une dermatose par les rayons X en général, n'oublions-nous pas que, dans les cas qui nous occupent, nous avons affaire à cette seconde variété : épithéliomas à marche rapide. Les rayons X nous semblent avoir sur les cellules tant saines que malades deux propriétés opposées : les doses faibles, fréquemment répétées (4 H. tous les huit jours), nous paraissent donner aux cellules une propriété exubérante ; au contraire, les doses fortes et pour ce, espacées (20 H. en une

séance), ont une propriété sidérante. Aussi il est indiqué et dans ces cas l'indication est encore plus formelle, d'utiliser les doses fortes selon la méthode préconisée par M. le professeur agrégé Broca. La dose à utiliser varie selon le cas, depuis 10 H. jusqu'à 20 et même 25 H., car il est nécessaire de tenir compte de l'état et de l'étendue de la lésion, de l'état général de l'individu, du traitement que le malade a reçu antérieurement. Avec cette quantité d'unités relativement considérable, il est de toute nécessité de localiser exactement la surface que l'on va attaquer. M. A. Broca utilise, pour cette délimitation : 1° une pâte de minium obtenue à l'aide de l'essence de térébenthine ; 2° l'emplâtre de Vigo.

Par ce procédé, la réaction voulue dans un but thérapeutique n'est jamais d'une intensité à causer de sérieuses inquiétudes. La réaction se produit en moyenne vers le dixième ou douzième jour pour les doses moyennes de 10 H. ; mais, cette apparition de la réaction subit des écarts notables selon la dose donnée, la lésion et l'état général individuel. En général, plus la réaction apparaît tardivement, plus elle est bénigne et à la fois curative. L'apparition d'une réaction intense dans les jours qui suivent l'application avant le dixième ou douzième jour montre une réaction intense, grave, bien que dans les rares cas où nous avons constaté ce phénomène, tout soit rentré dans l'ordre en un temps relativement court. Enfin il est une réaction à échéance prolongée, apparaissant vers le troisième mois après

l'application, à allure grave ; cette réaction est par contre remarquable au point de vue thérapeutique et amène le plus souvent la guérison. Ce phénomène est rare ; M. A. Broca pense qu'elle se produit principalement lorsque l'on utilise les rayons filtrés.

Dans presque tous les cas, point n'est besoin de pansement, le malade laisse sa lésion à l'air se contentant de lotionner la surface traitée à l'aide d'eau bouillie ; un mois à un mois et demi plus tard la lésion est en état de recevoir, sans danger aucun, une dose nouvelle.

En résumé, ce procédé présente les avantages suivants :

Localisation exacte de l'action thérapeutique, d'où réaction localisée et jamais étendue (or, en matière réaction, comme en matière brûlure, l'étendue seule est à considérer) ;

Action intense, énergique, amenant la destruction des éléments frappés ;

Long espace ménagé entre la première séance radiothérapique et la seconde donnant au thérapeute la notion de la vulnérabilité plus ou moins grande de la lésion, montrant comment le sujet réagit à ces doses, ce qui permet de donner aux séances suivantes des doses, effectives, profitables.

De permettre au thérapeute la surveillance de la lésion et de ne point frapper inconsidérément, nous voulons dire par là, alors que le médecin prévoit la réaction qui surviendra à la suite de l'application de 20 H. en une séance, qu'il sera en mesure de traiter

utilement cette dernière si elle dépassait la mesure prévue, il n'en serait plus de même si ces mêmes 20 H. avaient été donnés en quatre fois à huit jours d'intervalle et c'est dans ces derniers cas que l'on a des résultats exactement opposés à ceux que l'on se proposait d'obtenir.

A ces doses, les rayons, comme nous l'avons souvent entendu dire aux cliniques de M. le professeur Gaucher, agissent comme caustiques : « c'est le fer rouge, avec cette particularité que l'on peut le porter plus profondément » ; mais encore, ils agissent d'une façon particulière, spécifique, peu connue sur les cellules malades. En effet, tel épithélioma de tel siège traité par rayons X sera peu ou difficilement amélioré, alors que cette même lésion sera facilement guérie et en une période de temps courte par des applications prolongées de radium. Il y a là une sorte de spécificité d'action dépendant de la source produisant ces rayons, qui fait que l'on ne peut point les considérer comme identiques. Ainsi l'observation montre que l'utilisation des rayons X à la destruction d'un épithélioma de la région frontale par exemple amènera un résultat rapide et satisfaisant, alors que pour le traitement d'un cancroïde de la lèvre ces mêmes rayons amèneront un résultat lentement favorable. Dans ce dernier cas, au contraire, cette même lésion sera rapidement améliorée par le radium. Ce fait est connu depuis longtemps, Hyde, Montgomery ont recommandé de ne jamais utiliser les rayons X dans ces cas.

Les observations du service de M. le professeur Gaucher, que nous avons rapportées sont intéressantes à plus d'un point ; ainsi l'observation II (M. Yves C..., cinquante-deux ans). Bien que les auteurs aient insisté sur la mort rapide dans les cas de cet ordre, ce malade présente un état général satisfaisant, très satisfaisant même si l'on compare son état actuel à celui qu'il présentait en août 1909. De plus, ce malade avait été traité par la radiothérapie selon la méthode des doses faibles et répétées sans aucun avantage ; ce traitement n'avait point empêché la terrible complication de survenir ; et pourtant avec de fortes doses M. A. Broca a fait rétrocéder la lésion, l'état général s'est relevé, et tout laisse à espérer que l'amélioration pourra être poussée loin. Ce malade encore en traitement est surveillé et traité dans le service.

L'observation III se rapporte à une demoiselle G..., vingt-neuf ans, malade que nous connaissons depuis le premier jour où elle vint consulter à l'hôpital Saint-Louis et que nous avons suivie depuis dans le service de M. le professeur Gaucher, puis dans le service de M. le professeur agrégé Rieffel, qui avec sa grande obligeance habituelle, nous a permis de venir continuer l'observation de ce cas. Il s'agit d'un cas typique, avec la marche vive et l'envahissement rapide, caractères qui se montrent dans ces cas, mais qui ici revêtent un caractère malin des plus accusés. Nous ferons remarquer que le lupus tuberculeux date de l'enfance, que les manifestations tuberculeuses ont

été très étendues, que la thérapeutique a été sans grand effet notable, aussi le pronostic est-il particulièrement sombre.

L'observation IV montre un cas de cet ordre avec la marche rapide habituelle en ces cas.

Enfin nous terminerons ce chapitre en traitant ici rapidement une question qui fut fort débattue, mais qui, à l'heure actuelle, nous semble définitivement résolue : l'épithélioma se greffe-t-il toujours sur une cicatrice ou peut-il se greffer indifféremment soit sur un nodule lupique en activité, soit sur une cicatrice lupique? Kaposi, le premier, fit la démonstration anatomo-pathologique de l'association du cancer et du lupus. Bidault, dans sa thèse, conclut au développement de l'épithélioma sur cicatrices de lupus. On prêta au maître de ce dernier, à Leloir, la même opinion. Leloir s'en défendit vivement : « J'ai bien eu soin de répéter que l'épithélioma me paraît se développer le plus souvent au niveau d'une cicatrice lupeuse, il peut néanmoins, moins souvent il est vrai, se développer en plein tissu lupeux en dehors de toute cicatrice. » Plus tard, dans la thèse de Deswarte, Leloir rapporte avoir observé un nodule lupique présentant associées des lésions épithéliomateuses. P. Raymond, dans une excellente étude de la question, apporte des conclusions à peu près identiques à celles de Leloir. Plus récemment, M. le professeur agrégé Gougerot, au chapitre Épithéliomatose surtuberculeuse de son importante thèse, rapporte avoir suivi la transformation épithéliomateuse sur bacillose folliculaire. Aussi

nous résumerons-nous ainsi : l'épithélioma peut se développer aussi bien sur un nodule lupique en activité que sur la cicatrice d'un lupus. La complication la plus fréquente est la complication sur cicatricielle.

Épithélioma sur tuberculose verruqueuse de la peau

Cette complication est des plus rares dans la littérature médicale et nous ne pouvons rapporter ici une observation complète ; cependant la complication a été signalée et décrite par Hartzell en 1903 et par Andry en 1906.

Hartzell. — *Journ of cutaneous diseases*, 1903 (Résumée).

Femme de soixante-sept ans. Tuberculose verruqueuse typique située sur la face antérieure de l'avant-bras. Après une durée d'un an, cette tuberculose présenta la complication épithéliomateuse et l'amputation du bras fut nécessaire.

En 1906 (*Ann. de Dermatologie*), Andry dit avoir suivi la transformation d'une tuberculose verruqueuse des doigts en épithélioma (*Ann. de Derm.*, 1906, p. 1079).

La tuberculose verruqueuse, par le caractère de fixité de ses manifestations cutanées, nous semble cependant devoir être une de ces dermatoses dont les lésions irritatives prolongées pourraient jouer un certain rôle dans l'appel de la localisation cancéreuse.

Épithélioma sur radiodermite

Nous avons longuement insisté sur le traitement radiothérapique à l'aide de fortes doses pour le traitement de ces épithéliomas consécutifs, aussi, avons-nous tenu à apporter ici les quelques observations ci-dessous qui nous paraissent le complément de ce précédent chapitre.

Le Dr Lloyd, dans un article fort intéressant, dit avoir poursuivi l'étude des rayons X jadis, dans le laboratoire d'Edison. L'homme qui s'occupait des tubes y recevait de très sévères brûlures sur les mains et la tête. Finalement, il perdit la totalité de la peau des mains. On lui fit des greffes dans trois ou quatre hôpitaux et finalement il revint à New-York.

Il présentait un épithélioma développé sur la radiodermite de la main droite. On lui appliqua cependant le traitement radiologique, mais malgré ce dernier l'épithélioma progressa rapidement et le Dr Lloyd fut obligé d'amputer (*Med. record*, avril 1903, p. 554).

Le Dr James White a rapporté le cas d'une jeune personne qui eût une radiodermite prolongée de la main. Cette dermatite fut suivie finalement d'épithélioma qui rendit nécessaire par son extension l'amputation de la main.

Hartzell connaît un homme travaillant à la fabrication des ampoules. Il présentait une dermatose chronique ressemblant au xeroderma pigmentosum sur tout le tronc avec lésions atrophiques de la peau. Il présentait des télangiectasies sur tout

le corps et de nombreuses verrues séniles, sur qui depuis s'est développé l'épithélioma. La main fut amputée.

H.-M. Leod publie un cas très étudié, observation que nous allons rapporter ici complètement :

« Le présent cas montre la nécessité du soin considérable à prendre dans le traitement du lupus vulgaire par les rayons X pour prévenir la réaction sévère qui survient avec, comme conséquence, la production d'une cicatrice télangiectasique.

Femme de trente-quatre ans. Atteinte depuis l'enfance d'un lupus vulgaire de la face, traité à diverses reprises chirurgicalement et qui subit un traitement radiologique prolongé. En juin 1902, elle vint au Charing-Cross Hospital présentant une vaste cicatrice par rayons X occupant la moitié inférieure droite de la figure et descendant jusqu'à la racine du cou. Cette cicatrice était lisse et unie au centre, mais à la périphérie présentait un lacis serré de capillaires dilatés ; autour aréole étendue, hyperpigmentée. Cependant, dans le voisinage on remarque des éléments lupiques en activité. Au commencement de 1905, commence la dégénérescence épithéliomateuse qui devient de plus en plus typique et le diagnostic clinique est confirmé par l'exemen histologique.

» Le développement de l'épithélioma dans les cas de lupus en place depuis longtemps est bien connu, mais comparativement est une éventualité rare. Malheureusement, son développement sur une cicatrice de rayons X qui a remplacé un lupus ne semble, au contraire, pas rare.

Mendes da Costa rapporte 7 cas semblables sur 62 traités par rayons X (*Rev. pratiq. Mal. cont. et vénér.*, 1905, p. 224).

Dans le cas ci-dessus l'irritation qui causa la prolifération maligne de l'épiderme traité par les rayons X peut avoir été le développement des foyers tuberculeux sous-jacents, le frottement du col sur le cou, peut-être les deux combinés. » (M. Leod, *British Journal of Dermat.*, 1906, p. 104).

Cette observation montre, d'une manière très précise, le développement de l'épithélioma sur une cicatrice de radiodermite dans un cas de lupus tuberculeux datant de l'enfance. L'auteur insiste sur les dangers de la radiothérapie, déclarant malheureusement fréquent le développement de l'épithélioma sur cicatrice de rayons X ; il insiste ensuite sur l'irritation des foyers tuberculeux sous-jacents, puis sur le frottement du col. Après la lecture de cette observation il nous semble que dans une grande mesure l'on doive incriminer l'irritation répétée des rayons X (le traitement suivi nous paraît avoir été un traitement selon la méthode des doses faibles et répétées), et nous sommes surpris que l'auteur, qui a fait une description et une étude complète de ce cas, n'ait point songé à incriminer les rayons eux-mêmes, incriminant l'irritation minime causée par le frottement du col.

Dans les cas que nous rapportons ici, il s'agit d'individus jeunes (or le cancer n'apparaît généralement pas avant la cinquantaine), ayant reçu des

doses faibles et répétées (ce qui nous semble démontré, tant par les commémoratifs que par le fait que sur les cicatrices produites, les auteurs insistent sur le développement d'un lacis serré de capillaires dilatés, de télangiectasies ; Belot a décrit les télangiectasies disgracieuses dues à la répétition très fréquente des séances) ; et, il nous paraît nécessaire d'incriminer dans ces cas l'irritation produite par les irradiations fréquentes pour le moins, en signalant que certains auteurs reconnaissent une sorte d'action particulière, pour la transformation maligne aux rayons X. Nous avons connu un malade, n'ayant point atteint la trentaine, atteint de lupus érythémateux et traité par séances fréquentes à doses faibles ; sur un point qui avait été particulièrement traité, à la partie externe et périphérique d'un placard, une tumeur épithéliomateuse s'était développée, et les ganglions du cou présentaient déjà le caractère néoplasique.

Dans ce cas, l'irritation radio-dermique devait certainement être prise en considération. Nous sommes donc en droit de nous demander si l'emploi répété des rayons X, soit par l'irritation continue qu'ils causent, soit par la formation de ces dermatoses peu connues comme celle décrite par Hartzell, soit par le fait d'une action particulière, ne serait point une raison suffisante pour la transformation maligne, d'où la conclusion formelle d'éviter les séances répétées, fréquentes.

Épithélioma sur lupus érythémateux

Longtemps on a nié que l'épithélioma puisse succéder au lupus érythémateux et, en 1894, Desbonnets, dans sa thèse, écrivait : « Cette transformation ne s'observe jamais. »

Mais cette complication avait été notée à l'étranger et quelques observations avaient été publiées :

1866, Riessmeyer, cancer épithélial sur lupus érythémateux (*Saint-Louis courrier*).

1891, Stopford Taylor, cancer épithélial sur lupus érythémateux (2 cas) (*Liverpool medical and chirurgical Journal*, p. 225).

1892, Dyer, un cas de lupus érythémateux de la figure et du corps, avec un épithélioma de la face surajouté (*Daniel's Texas Medical Journal*, 1892-1893).

1893, Kaposi, lupus érythémateux suivi d'un épithélioma (*Hautkrankreiten*, t. II).

En 1900, Pringle en publie une observation complète que nous rapporterons ici résumée.

Sarah W..., trente-six ans, mariée, vint en mars 1890 se confier à mes soins au Middlesex Hôpital. Elle était traitée depuis de nombreuses années par mon prédécesseur, le Dr R. Liveing. Il y a dix-sept ans, alors que cette femme avait dix-neuf ans, des espaces chauves apparurent sur le cuir che-

velu, derrière et au-dessus des deux oreilles; cinq ans plus tard, une lésion dépilée semblable apparut sur le vertex et ces lésions ont lentement, mais continuellement gagné en surface depuis. Vers l'âge de trente ans, le Dr Liveing vit l'apparition de la maladie sur le nez, sur la région temporo-malaire ; sur le menton et la conque des deux oreilles des plaques disséminées s'établirent. Puis l'auteur décrit des placards typiques de lupus érythémateux et rapporte qu'elle fut traitée à plusieurs reprises par scarifications.

Elle revint en mars 1897 à l'hôpital, quand, dans son état, un caractère nouveau apparut. Cette nouvelle lésion consistait en une tumeur élevée, nodulaire, dure, au contour irrégulier présentant un bord surélevé, creusée, incertaine, dont le centre était ulcéré. Elle occupait, sur la région postérieure du pariétal droit, une surface de la taille d'une pièce de 5 francs; au-dessus, mais tout contre, il existait une lésion similaire plus petite, de la taille d'une pièce de 1 franc. Ces deux lésions avaient un aspect typique qui imposait le diagnostic d'épithélioma. Par le palper profond on trouvait une glande légèrement augmentée de volume dans le triangle sous-occipital, sur le même côté du cou.

Le 30 janvier 1898 elle rentre de nouveau pour son épithélioma et revient en janvier 1899 pour la quatrième fois.

L'examen histologique confirma le diagnostic clinique (*British Journal of Dermat.*, 1900, p. 1).

La même année Kreibich en publiait une nouvelle observation :

Observation (résumée). — Homme de trente-six ans,

traité depuis 1898 pour un lupus érythémateux du nez, des joues et des lèvres. Sur la zone cicatricielle lupique, un épithélioma s'est développé aux dépens de la muqueuse de la lèvre supérieure, ayant envahi presque complètement cette lèvre. L'auteur conclut nettement à l'apparition du néoplasme sur la zone cicatricielle du lupus érythémateux. L'examen histologique confirma le diagnostic clinique (*Arch. für Derm. und Syph.*, 1900, t. LI, p. 347).

En 1901, Ashihara, dans le service du professeur Neisser, fait un travail sur la question et publie deux cas de Neisser. Il cite les cinq cas de Nieslen, Deswart, Desbonnets, Faylor, Kaposi (Ashihara, *Ueber das lupus carcinom. Archiv. für Derm. und Syph.*, LVII, Heft, 1901).

En 1902, Pringle publie la suite de son cas qu'il avait présenté en 1900 : *lupus érythémateux de la face avec apparition d'épithéliomas multiples.*

Plusieurs de ces tumeurs furent enlevées sans récidive *in loco*, mais, depuis un an, une vaste tumeur maligne s'est développée devant l'oreille droite, paralysant le facial et rendant la mâchoire complètement fixe. La tumeur s'est ulcérée largement, mais une légère amélioration semble dériver de l'action radiothérapeutique (*British Journal of Dermat.*, juillet 1902, p. 270).

La même année St. Taylor rapporte un nouveau cas intéressant :

E. R..., cinquante-neuf ans, homme robuste, jadis marin, actuellement manœuvre aux Docks, vint me trouver en 1892,

souffrant d'un lupus érythémateux de la variété sébacée affectant les deux joues et le nez. La lésion présentait la silhouette la plus typique du papillon ; sa surface était couverte de squames d'une teinte grisâtre particulière, ayant le caractère du mortier ; çà et là on observait des excroissances calleuses. La lèvre supérieure était parfaitement saine, mais l'inférieure était occupée par un énorme épithélioma qui couvrait le menton. Il fut excisé, avec bon résultat.

En 1893, le malade revint avec un ulcère épithéliomateux qui s'était développé aux dépens d'une excroissance cornée de l'extrémité du nez. Il fut traité par la potasse caustique. Je perdis de vue cet homme jusqu'à ce qu'il revînt à ma clinique, à l'Hôpital Dermatologique de Liverpool, le 10 juillet 1901.

Actuellement, le lupus érythémateux n'a point gagné en surface et est moins squameux ; il ne présente aucune des excroissances antérieurement mentionnées et n'est en aucun sens atrophique. La lèvre inférieure présente la trace vernissée, d'un rouge marqué, de la lésion antérieure, mais il n'y a pas là la plus petite trace de récidive d'épithélioma.

Sur le nez une tumeur large, molle, en chou-fleur couvrait toute la surface de cet organe. Cette dernière était extrêmement vasculaire et était si choquante pour son porteur qu'il avait été dans l'obligation de venir consulter. L'examen microscopique confirma le diagnostic clinique (*British Med. Journ.*, mai 1902, t. I, p. 1080).

Cette observation est pour nous du plus grand intérêt. Pringle, qui a connu ce malade, a porté le diagnostic ferme d'épithélioma sur lupus érythémateux. Or deux ans plus tard, le même individu pré-

sentait un épithélioma sur une excroissance cornée du nez. Nous voyons donc nettement que l'épithélioma s'est développé sur des points différents du visage, et que par deux fois, chez le même individu, il s'est greffé indifféremment sur deux lésions cutanées non semblables, enfin cette observation montre que, il y a deux ans, on avait bien guéri l'épithélioma, mais que l'on n'avait aucunement influencé l'état épithéliomateux de cet individu.

En 1904, le Dr Pautrier rapporte un nouveau cas, avec examen histologique confirmant le diagnostic clinique. L'auteur conclut que la tumeur semble nettement s'être développée sur une zone de tissu atrophique cicatriciel et insiste sur la rapide extension de la lésion. Malade de quarante-deux ans. Lupus érythémateux ayant débuté à l'âge de douze ans. Aucune adénopathie. Le néoplasme s'est surtout développé en surface (*Bull. Société anatomique de Paris*, nov. 1904, p. 745).

En 1906, Schmidt rapporte un nouveau cas de lupus érythémateux compliqué d'épithélioma (*D. Z.*, 1906, p. 665).

En 1908, Pusey publie un nouveau cas d'épithélioma de la joue développé sur l'étendue d'un lupus érythémateux. La tumeur végétante s'était développée sur l'aire d'un lupus érythémateux. Il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans présentant un lupus érythémateux étendu et symétrique couvrant une grande partie de la figure (*Journ. of cut. dis.*, juin 1908, p. 277).

En 1909, MM. Dubreuilh et Petgès rapportent deux cas d'épithélioma consécutif au lupus érythémateux.

La première observation est celle d'un homme de trente trois ans avec un lupus érythémateux ancien et dégénérescence épithéliale de la cicatrice en plein dans le tissu cicatriciel ancien. L'examen histologique permit d'établir qu'il s'agissait d'un épithélioma. L'extension fut rapide ; la cachexie apparut de bonne heure et la mort survint rapidement.

La deuxième observation est celle d'une femme qui, à l'âge de trente ans, en 1892, vint consulter pour un lupus érythémateux des oreilles datant de deux ans. Elle avait eu une adénite suppurée du cou à l'âge de dix-sept ans. En 1893 et en 1894 le lupus érythémateux gagne continuellement en surface et finit par occuper tout le nez et la lèvre inférieure.

De 1894 à 1896, traitements variés et rechutes incessantes. Revient en 1904, rechute complète. Depuis deux ans, apparition d'un lupus érythémateux, occupant tout le périné sur une largeur de 5 à 6 centimètres, s'étendant du bord postérieur de l'anus à la fourchette vulvaire. La muqueuse anale est respectée.

En octobre 1908, après une nouvelle éclipse, la malade revient et on trouve tout le périné occupé par une tumeur en champignon dont l'aspect clinique est nettement celui d'un épithélioma. Cette tumeur a débuté il y a cinq à six mois par un nodule dur situé en avant de l'anus. Le diagnostic clinique fut confirmé par l'examen histologique ; et l'auteur conclut à un épithélioma né consécutivement à un lupus érythémateux au niveau de zones cicatricielles ; à la possibilité de la transfor-

mation en épithélioma du lupus érythémateux, ou mieux des cicatrices consécutives à ces dermatoses (*Ann. de Derm.*, 1909, p. 106.)

La même année, Cestino en publie un nouveau cas (*Casos de observacion* [*de Argentina Medica*]. Buenos-Ayres, 1909, p. 313).

De même, MM. de Beurmann et Laroche publient le cas d'un lupus érythémateux de la face de la main droite, de la muqueuse buccale, chez une femme de soixante-quinze ans, avec coexistence d'un épithélioma superficiel. Les auteurs concluent à la naissance d'un épithélioma sur une muqueuse atteinte de lupus érythémateux (*Bull. Soc. Derm.*, 1909).

Le lupus érythémateux se présente cliniquement sous des aspects un peu différents : tantôt sous forme de plaques érythémateuses, non atrophiques, non déprimées, présentant des cônes épidermiques adhérents, pouvant changer, se déplacer ou disparaître sans laisser aucune trace, forme que Cazenave appelait séborrhée congestive ; tantôt et c'est là la forme commune, sous forme de placards rouges, déprimés, à contour irrégulier, présentant à la périphérie des squames blanches et adhérentes : souvent la lésion progresse par un de ses bords, et guérit par l'autre opposé. C'est à cette seconde forme de lupus érythémateux, il nous semble, que nous avons affaire dans les cas que nous avons rapportés ; l'épithélioma se développant le plus souvent dans la zone cicatricielle de guérison. L'épithélioma vient compliquer

des lupus érythémateux rebelles, sévères, ayant débuté de nombreuses années auparavant.

L'épithélioma compliquant le lupus érythémateux présente des caractères un peu particuliers, dus, dans une certaine mesure, au terrain sur lequel il évolue. Il semble, dans la majorité des cas, présenter une marche semblable à celle du lupus érythémateux, c'est-à-dire qu'il a, dans ces cas, une tendance marquée à se développer en surface ; dans la majorité des cas, les auteurs insistent sur la marche extensive de l'ulcère épithéliomateux. La marche envahissante est plus ou moins rapide dans ce sens, mais l'est beaucoup moins en profondeur, ce qui est en opposition avec ce que nous avons signalé dans les cas d'épithélioma compliquant le lupus tuberculeux. De même la tendance à la généralisation est moins grande. La plupart des malades présentant cette complication ont pu être suivis par leur médecin de longs mois et même des années ; souvent il y a eu guérison durable, la récidive ne survenant que de longs mois plus tard. Le pronostic, dans des cas de cet ordre, est donc meilleur et le traitement donne des résultats plus favorables tant au point de vue de la rapidité de la guérison que de la durée effective de celle-ci.

Enfin l'épithélioma peut survenir soit sur cicatrice, soit sur placard en activité. Dans la majorité des cas l'épithélioma s'est greffé sur la zone cicatricielle, atrophique, de guérison, mais dans des cas beaucoup plus rares, il s'est développé sur la plaque de lupus

érythémateux en activité ; et nous rappellerons que M. le Dr Gougerot a signalé avoir suivi la transformation épithéliomateuse d'une bacillose non folliculaire.

Épithélioma sur psoriasis

En 1874, M. S. Pozzi exposait à la Société anatomique de Paris le cas suivant :

Épithélioma du pied développé chez un individu affecté de psoriasis. — Présentation d'une pièce enlevée sur le pied d'un homme de quarante-cinq ans, qui, depuis vingt-cinq ans, est couvert d'une éruption confluente de psoriasis. Il avait également du psoriasis des ongles et une hypertrophie considérable du derme sous-unguéal, bien que les plaques de psoriasis fissent défaut sur le pied proprement dit. L'épithélioma avait évolué d'une manière très lente, car il avait débuté vingt ans auparavant par une petite excoriation qui, très graduellement, s'était étendue et creusée (*Bull. Soc. anatomique*. Paris, 1874, p. 587).

Cette première observation semble, comme l'auteur le fait remarquer, être une simple coïncidence ; mais il insiste sur l'existence de plaques cutanées sous-unguéales, de l'hypertrophie des ongles, de verrues épidermiques et il conclut que cet individu était prédisposé aux affections du système épithélial et que

la plus légère circonstance a pu éveiller la prédisposition. Cette première communication a eu le grand mérite de poser la question et elle fut suivie de la publication d'observations plus probantes. Aussi avons-nous tenu à la rapporter ici.

En 1877, Cartaz rapporte l'observation d'un homme de quarante ans, atteint de psoriasis depuis l'âge de dix-sept ans. Des placards psoriasiques sont disséminés à la plante des pieds et à la paume des mains. Il y a un an, à la suite de grattages répétés de ces productions psoriasiques, il se produisit une ulcération minime à la face palmaire de l'annulaire, puis cette ulcération devint bourgeonnante, s'étendit et un épithélioma typique se développa (*Bull. Société anatomique*, 1877, p. 550).

La même année Tillaux présentait un malade atteint d'épithélioma survenu sur une plaque de psoriasis du dos datant de onze ans, l'examen histologique montra que l'épithélioma s'était développé aux dépens des glandes sudoripares (*Soc. chirurg.*, p. 358).

Le Dr Raymond qui a fait une bonne discussion de ces cas met en doute l'existence du psoriasis. Hardy, qui avait examiné le malade, avait confirmé le diagnostic de psoriasis. Aussi nous en tiendrons-nous au diagnostic du maître.

En 1885, White, de Boston, publie deux observations complètes de psoriasis en place depuis longtemps suivi de tumeurs verruqueuses avec terminaison en épithélioma.

Obs. I (Résumée). — En 1866, le malade âgé de vingt-sept ans, vint consulter pour un psoriasis datant de 1860 et qui n'avait jamais complètement disparu depuis cette époque s'affaissant beaucoup pendant l'été pour reparaître complètement pendant l'hiver avec toute son intensité. Lorsque le Dr White l'examina, seuls, la poitrine, les bras et le front étaient envahis par l'éruption. Les éléments éruptifs présentaient le type guttata et nummulaire et ils étaient fort enflammés. Pour cette raison, on eut recours à la liqueur de Fowler comme à l'un des moyens les moins mauvais pour soulager le patient. Le Dr White continua ensuite à le traiter pendant dix ou douze ans sans rien remarquer chez lui qui fût digne d'intérêt, si ce n'est le caractère essentiellement rebelle de l'affection.

Il y a dix ans, plusieurs placards de psoriasis situés sur le cuir chevelu, sur la face dorsale des mains et sur la partie inférieure des avant-bras commencèrent à changer d'aspect. Ils devinrent moins rouges, moins squameux, plus surélevés et finirent par se convertir en néoformations dures, saillantes, cornées, à bords nettement arrêtées ; les unes ressemblaient à de la kératose sénile, les autres à certaines variétés de verrues. Sept ans plus tard, l'un de ces éléments, situé à la face palmaire de la main droite, près du poignet s'excoria, et un petit ulcère finit par se constituer, qui, malgré tous les traitements mis en œuvre, persista avec une tendance assez marquée à s'étendre et à creuser en profondeur. En août 1883, on le racla profondément ; on opéra une lésion identique qui s'était développée sur l'une des productions verruqueuses de la face palmaire de la main gauche entre l'index et le médius. Les plaies semblèrent se cicatriser ; mais une récidive se produisit. En 1884, le professeur H.-J. Bigelow, les Drs Hodge et White se réunirent en con-

sultation. A ce moment on voyait : sur le tiers inférieur de la face palmaire de la main droite une saillie rouge à surface inégale au centre de laquelle se trouvait une ulcération à bords renversés et à fond recouvert de granulations fongueuses ; en deux points on remarquait des végétations globuleuses, molles, ayant la dimension d'un gros pois, et quelque peu transparentes. Sur l'autre main, lésion d'aspect identique. Les ganglions épitrochléens et axillaires paraissaient indemnes. A l'unanimité, on porta le diagnostic de végétations épithéliomateuses, et on conseilla l'amputation de la main droite, la large excision des parties malades de la main gauche.

Le malade vint consulter à Londres Hutchinson et J. Paget, à Vienne Kaposi et Billroth. Pendant le voyage l'aggravation avait été rapide et les douleurs étaient devenues terribles.

En avril 1884, on intervint. Le professeur Fitz fit l'examen histologique et confirma le diagnostic d'épithélioma.

Obs. II (Résumée). — Le 1er août 1884, le malade, âgé de cinquante-deux ans, vint consulter le Dr White pour une ulcération de la face antérieure du poignet datant de deux ans. Elle avait deux pouces de long sur un pouce et demi de diamètre transversal. Elle était profonde, douloureuse, présentait des bords indurés et surélevés. On remarquait de plus de nombreuses productions cornées verruqueuses sur les mains et les doigts sur le front et le corps, éléments disséminés de psoriasis, affection dont le malade était atteint depuis l'enfance. Depuis dix ans plusieurs placards de psoriasis des mains s'étaient épaissis, avaient pris un aspect corné et s'étaient transformés en véritables productions verruqueuses. Les ganglions étaient indemnes. Le Dr Hodges pratiqua une intervention chirurgicale.

12 septembre. — Opération complémentaire.

18 septembre. — Le malade souffre beaucoup.

20 septembre. — Lymphangite du creux de l'aisselle.

4 octobre. — Mort.

Examen histologique par le Dr Fitz : épithélioma (*Americ. Journ. of Med. Sciences*, 1885).

Vers la même époque Jonathan Hutchinson en présente un nouveau cas, cité par Hartzell, mais nous n'en avons trouvé aucune relation.

En 1887, Hébra en publia le cas suivant :

Obs. (Résumée). — X..., homme d'âge moyen, de Dusseldorf, bien musclé et dont tous les organes paraissent sains. Hébra le traita à deux reprises pour psoriasis en 1878 et en 1880. Cette affection s'est manifestée pour la première fois, alors qu'il avait seize ans.

Lors de son premier séjour à Vienne, le psoriasis ne présentait rien de particulier : à son retour à Vienne, deux ans plus tard, l'éruption offrait déjà un aspect verruciforme particulier, au point qu'il fut nécessaire d'intervenir mécaniquement et énergiquement pour faire disparaître ces dépôts d'épithélium. Les plaies se cicatrisèrent rapidement et le processus parut s'améliorer.

En 1881, Hébra revit le malade. Sur presque toutes les excroissances verruqueuses, il s'était produit des crevasses qui au début formaient des rhagades et des fissures, plus tard des pertes profondes de substances d'où s'élevaient encore des débris de productions verruqueuses. En même temps, le nombre des excroissances épithéliales avait considérablement augmenté. On

les enleva, mais elles se reproduisirent et toujours en nombre plus considérable. Sur la cuisse droite, il y avait un ulcère qui gagnait de plus en plus en surface et qui saignait facilement au plus léger contact.

Déjà, lors de sa première visite, Hébra avait pensé que l'on avait affaire à une hétéroplasie. Le malade ne pouvant venir régulièrement à Vienne, il l'adressa au Dr Leichtenstern et voici son rapport :

Tout le corps était envahi par un psoriasis guttata et nummulaire. Le cuir chevelu était le siège d'un psoriasis diffus, sauf à la limite des cheveux où la peau était saine Sur la tête et le tronc, l'affection avait l'aspect typique du psoriasis. Il en était autrement sur les membres, la plupart des efflorescences étaient circulaires, leur aspect différait du psoriasis ordinaire ; les squames ne reposaient pas sur une base rouge ; elles avaient une teinte gris sale, brun pâle, presque semblable à l'épiderme environnant ; leur surface n'était pas unie, mais rugueuse et verruqueuse. Ce qui était particulièrement intéressant c'était trois ulcérations encore assez superficielles, qui étaient recouvertes de granulations rouges récentes. L'un de ces ulcères, de la dimension d'une pièce de 5 francs à bords renversés, était situé sur le bord droit ; le deuxième sur le trochanter du même côté un peu plus grand et plus creusé ; le troisième, de l'étendue de la main, était placé sur le côté externe de la cuisse droite. Ces ulcères avaient résisté à tous les traitements. On racla tous les points psoriasiques anciens et verruqueux et les trois ulcères cutanés. Le résultat fut très satisfaisant sur les efflorescences verruqueuses, négatif sur les deux ulcères de la cuisse ; celui du bras guérit entièrement.

Les deux grands ulcères de la cuisse creusèrent de plus en

plus; on dut les racler encore une fois. Ils commencèrent alors à se recouvrir d'une mince pellicule cicatricielle, mais, peu à peu, cette cicatrice se décolla, se souleva et il se produisit un nouvel ulcère encore plus profond que les précédents.

A Pâques 1884, forte récidive de psoriasis typique, de plus, nouvelle apparition d'un plus grand nombre d'efflorescences psoriasiques, verruqueuses et nouveau raclage.

6 octobre. — Quoique l'état du malade fût toujours satisfaisant, les ulcères prirent une marche de plus en plus envahissante en profondeur et en surface. Raclages répétés, fer rouge.

18 novembre. — On excise l'ulcère situé au-dessus du trochanter, puis greffe cutanée. Quinze jours après, récidive. En même temps marasme cancéreux, fièvre, perte de forces rapide; mort.

L'examen microscopique montre d'une manière positive l'existence d'un cancer épithélial (*Monatsh für prak. Derm.*, 1887, p. 1. Traduc. Doyon. *Ann. de Derm.*, 1887, p. 586).

En 1894, Neumann présente un malade qui, en 1888, 1889, 1890, fut traité dans le service de Kaposi, en 1891 chez Macek, en 1892 chez Riehl et qui, il y a quelques jours, vint dans son service. Le malade présente un psoriasis diffus et en même temps un épithélioma de la lèvre inférieure.

Cette coexistence est intéressante quant à la question de savoir si les plaques de psoriasis ne peuvent point se transformer en épithélioma (*Ann. de. Derm.*, 1894, p. 234).

En 1899, Hartzell publie le cas suivant :

Obs. (Résumée). — Jeune femme non mariée, de trente-cinq ans, atteinte d'un psoriasis banal depuis de nombreuses années. Après un certain laps de temps, une kératose, d'un type spécial, se développa sur la paume des mains et la plante des pieds, caractérisée par la formation d'élévations en forme d'ergot, et finalement épithélioma sur le siège de plusieurs de ces lésions cornées, suivi d'une tumeur métastatique de l'aine qui amena rapidement la mort. L'examen microscopique de la tumeur démontra qu'il s'agissait d'épithélioma (*Journ. of cut. diseas.*, novembre 1899, p. 497).

En 1904, un cas de cet ordre fut observé à l'hôpital Saint-Louis, à la policlinique Henri IV dans le service de M. le professeur Gaucher.

(Fiche n° 4244, décembre 1904). M. X..., soixante-treize ans.

Depuis douze à quinze mois, psoriasis avec poussées successives.

Actuellement, énormes placards de psoriasis lichénifiés et infiltrés sur les faces d'extension des membres, sur la région lombo-sacrée ; placards plus petits sur l'abdomen. Petites papules psoriasiques du cuir chevelu. Prurit intense.

Depuis six mois, au milieu d'un vaste placard psoriasique, situé sur la face externe de la cuisse gauche, ulcération surélevée et saillante, présentant un bourrelet en certains points. Cette ulcération présente tous les caractères d'un épithélioma et ne s'est point cicatrisée depuis six mois. Quelques ganglions inguinaux gauches.

Diagnostic. — Épithélioma sur placard psoriasique.

En 1906, P. Sargent présente un nouveau cas ;

Jeune femme de trente et un ans, atteinte depuis l'enfance de psoriasis et qui était devenu l'origine d'un épithélioma, situé sur le bord externe de la cuisse droite.

La tumeur existait depuis dix mois et avait atteint la surface d'une soucoupe, avant qu'on l'opère. Les ganglions inguinaux étaient atteints; la tumeur fut excisée en février 1905 et on mit des greffes de Thiersch trois semaines plus tard. Les ganglions furent extirpés: la santé redevint bonne rapidement. L'examen microscopique par le Dr Dudgeon montra que cette tumeur était un cancer.

Le psoriasis s'est développé sur la surface greffée (*D. S. of L.*, 13 décembre 1905. — *Brit. Journ. Derm.*, janvier 1906, p. 40).

La même année Whitfield présente le cas suivant :

Femme âgée de quarante-deux ans, qui avait une poussée de psoriasis, affection dont elle est atteinte depuis longtemps et qui présentait en plus un ulcère sur l'épaule gauche qui avait débuté il y a cinq ou six ans. L'interrogatoire donne que cet ulcère avait commencé par une petite élevure que la malade avait écorchée maintes fois; et, on ne peut préciser s'il s'agissait oui ou non d'une simple papule psoriasique. Quand elle vint consulter, l'ulcère était arrondi et avait un pouce et quart de diamètre. Il était très superficiel, avait une teinte rouge pâle et présentait par place une surface brillante qui saignait facilement. L'ulcère s'étendait sur une plaque elliptique, rouge qui ressemblait nettement aux autres plaques de psoriasis disséminées sur les autres parties du corps, mais le bord de l'ulcération était très légèrement épaissi. Comme la lésion résistait

au traitement, une petite portion de ce bord fut excisée et l'examen prouva qu'il s'agissait d'un épithélioma. On le traita alors par radiothérapie (*Brit. Journ. Derm.*, janvier 1906, p. 40).

L'étude de ces cas nous a paru particulièrement intéressante, car, ici, se place la question soulevée par les auteurs anglais et américains de l'origine arsenicale de ces cancers et nous rapporterons les conclusions de Hartzell dans une de ses communications de novembre 1899 : « Dans tous ces cas, le psoriasis présente d'abord le type ordinaire de l'éruption, laquelle était de longue durée, habituellement plusieurs années. Dans la majorité des cas, une certaine kératose spéciale se montrait à une période variable, kératose marquée à la plante des pieds et à la paume des mains sous forme d'excroissances verruqueuses ; et, finalement l'ulcération cancéreuse commençait sur l'une ou plusieurs de ces excroissances. Dans les cas où mention du traitement du psoriasis est faite, l'arsenic était donné depuis longtemps et à dose considérable. » Et Hartzell conclut prudemment que d'un si petit nombre de cas on ne peut tirer des déductions logiques définitives, mais qu'il permet toutefois d'accepter l'origine arsenicale de l'épithélioma dans ces cas.

Depuis Devergie qui, en 1854, dans son *Traité des Maladies de la Peau*, a décrit les taches et les papules verruqueuses produites par l'abus de l'arsenic, se multipliant lentement ; depuis Rayer qui a décrit

chez les fondeurs de minerais arsenicaux une dermatite kératosique polymorphe, nous connaissons les accidents cutanés de l'arsénisme. Depuis Hutchinson, en 1887, nous connaissons le cancer arsenical et Pringle, Hartzell, Darier, Geyer en ont rapporté des observations fort intéressantes. Or il faut remarquer que dans la majorité des descriptions rapportées dans ce chapitre, il est décrit nettement des lésions d'ordre différent ; des lésions de psoriasis et des lésions verruciformes particulières, localisées principalement à la paume des mains et à la plante des pieds, et présentant une teinte sombre particulière ; il nous faut donc nettement séparer ces deux lésions d'ordre tout à fait différent.

Nous classerons donc ces cas en deux catégories : 1° épithélioma survenu sur lésions hyperkératosiques arsenicales ; 2° épithélioma survenu sur lésions psoriasiques. Nous dirons que les observations d'épithélioma sur psoriasis sont très rares et que nous n'en avons rencontré que de très rares exemples, peut-être le cas de Hébra et celui de Witfield, plus certainement le cas de M. le professeur Gaucher et celui de Sargent. A l'heure actuelle où l'on a abandonné l'arsenic à haute dose pour le traitement du psoriasis, nous n'avons point rencontré un cas de cet ordre, alors que de nombreux cas de kératoses non cataloguées survenant chez des individus absorbant de haute dose d'arsenic sont signalés et que bien souvent l'on ait noté secondairement la dégénérescence épithéliomateuse.

Le psoriasis, dermatose récidivante, paroxystique, survenant par poussées, ses éléments disparaissant complètement et sans trace après un certain temps, bien que maladie essentiellement chronique pour l'individu, ne nous semble point une dermatose causant une irritation suffisante pour appeler la dégénérescence maligne, à cause du caractère de non-fixité suffisante de ses lésions. Cependant chez certains individus, soit d'âge avancé, soit présentant un psoriasis rebelle datant de nombreuses années, les manifestations psoriasiques peuvent présenter ce caractère de fixité marquée, alors la peau devient d'autant plus dure, épaissie et profondément infiltrée que la lésion est de date ancienne, alors, et seulement dans ces cas la transformation maligne peut s'observer.

En résumé, les lésions psoriasiques ont un rôle bien minime dans la genèse de cette complication épithéliale, cela nous est donné par le fait que, bien que les premières manifestations psoriasiques débutent sur les coudes et les genoux, qu'elles présentent dans ces régions leur caractère de fixité le plus marqué, que ce soient en plus des régions où l'irritation extérieure est la plus marquée, nous ne connaissons aucun cas de dégénérescence maligne d'une de ces lésions dans ces régions exposées.

D'après un nombre de cas si restreint, nous ne pourrons parler d'évolution et de pronostic qu'avec les plus grandes réserves. Cependant, il nous a semblé que la marche de l'épithélioma était plus rapide

dans les cas de cancer sur lésions arsenicales et que le pronostic devait être beaucoup plus réservé dans les cas de cet ordre.

ÉPITHÉLIOMA SUR LICHEN

En 1903, Ducastel présenta la première observation d'épithélioma développé sur lichen corné :

V... E., cinquante ans, serrurier, rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels, ni syphilis, ni cancer, ni tuberculose.

Il y a six ans, le malade fut pris de démangeaisons à la partie moyenne de la jambe gauche, face antérieure. Ce qui occasionnait les démangeaisons, dit le malade, c'étaient des petits boutons. Il les excoriait en se grattant, une croûte se formait qui tombait et laissait à la place du tissu dur et corné ; la démangeaison persistait très grande.

Presque au même moment, les malléoles tibiale gauche et péronière droite étaient le siège des mêmes accidents. Il y a environ huit mois, le lichen corné de la malléole tibiale gauche se compliqua. En effet, sur ce lichen se greffa un épithélioma, qui, au moment où le malade vint consulter à Saint-Louis, avait la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Un moulage du pied fut pris. A la suite d'une hémorragie abondante, le malade est obligé d'entrer à l'hôpital.

Actuellement les plaques de lichen corné siègent à la face postérieure et externe de la jambe gauche, à la face antéro-externe de la cuisse droite, à la malléole tibiale gauche et

péronière droite, au coude gauche, à la face postérieure de l'avant-bras et l'auteur fait la description d'un lichen corné typique. A la malléole tibiale gauche, il y a un épithélioma développé sur un plaque de lichen corné. C'est une large ulcération, creusée, à fond suintant et sanieux, à bords arrondis et formant des bourrelets saillants. Ces bords ne sont pas taillés à pic, ils sont au contraire éversés et rouges. L'ulcération est peu douloureuse, son côté externe est bordé par une plaque de tissu corné plus épais que partout ailleurs et particulièrement sensible.

M. Gastou et Lombardo firent un examen histologique qui fut positif aussi bien pour le lichen corné que pour l'épithélioma (*Ann. de Derm.*, 1903, p. 412-413).

En 1910 M. le professeur Gaucher, Druelle et Cesbron présentèrent à la Société de Dermatologie le cas suivant :

(Fiche n° 16482, policlinique Henri IV).

M. Frédéric H..., soixante-six ans, ébéniste, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, le 3 mars 1910 pour un épithélioma.

Le malade entre pour un épithélioma siégeant sur la surface antéro-interne de la jambe gauche, au tiers moyen, épithélioma qui s'est développé sur un lichen simplex chronique datant de trente ans.

Les lésions épithéliales ont apparu il y a trois ans. Ce sont des lésions ulcéro-croûteuses à grand axe vertical présentant à la partie moyenne une petite ulcération qui existe depuis deux

mois et saigne facilement. Ces lésions sont fortement infiltrées et sont le siège de vives douleurs.

On note une adénopathie crurale gauche formée de ganglions volumineux, visibles à l'œil nu ; l'adénopathie date de deux mois environ. Sous cet épithélioma et au-dessus de lui, on observe un placard ancien de lichen simplex chronique avec quadrillage caractéristique.

Zona abdominal, ancienne pelade décalvante.

30 avril. — Même état.

4 juin. — Sort sur sa demande, peu modifié.

7 décembre. — Même état, douleurs calmées par le repos, lésion ulcéreuse augmentée (7 à 8 cm.). L'ensemble de l'épithélioma (10 cm.).

13 décembre. — On le soumet au traitement radiothérapique.

28 décembre. — Première application de rayons X (*Bulletin Soc. de Derm. et Syph.*, 4 avril 1910).

Cette complication est des plus rares et nous n'avons rencontré, dans la littérature médicale, que ces deux cas, observés à l'hôpital Saint-Louis. La marche de l'épithélioma dans ces cas nous a paru relativement lente et le pronostic non particulièrement fâcheux.

ÉPITHÉLIOMA ET ECZÉMA

En 1869, Bouisson observa le premier cas, nous rapportons ici l'observation, car aujourd'hui c'est le

seul cas à peu près certain que nous ayons rencontré dans la littérature médicale.

M. V..., âgé de vingt-six ans, vint consulter au mois de juillet 1849 pour une tumeur ulcérée de l'oreille droite, occupant toute l'étendue du pavillon et dont l'origine remontait à quelques années. Cette origine indiquait primitivement un caractère moins grave.

La lésion de l'oreille avait en effet revêtu, dès le début, la forme d'une scrofulide eczémateuse. Le sujet, qui présentait les traits généraux de la diathèse scrofuleuse, avait eu, dans son enfance, une dermatite exsudative du cuir chevelu; il avait été atteint d'otorrhée, qui avait produit un certain degré de surdité et après la disparition de l'otorrhée il était resté sujet à un suintement du pavillon de l'oreille.

Parfois la surface rouge et surexcitée de cet appendice prenait l'apparence granuleuse et donnait lieu à une exsudation séro-purulente entraînant des débris d'épiderme ramolli, d'une odeur très forte et qui cédait à des lotions émollientes et détersives. D'autres fois c'était le caractère dartreux qui prédominait et qui après une apparition plus ou moins durable, accompagnée de vives démangeaisons, aboutissait à la formation de squames épaisses qui tombaient pour se reformer avec plus ou moins d'obstination. Ces envahissements inflammatoires étaient séparés par des intervalles de plus en plus courts, et dès l'année indiquée, l'ensemble du pavillon de l'oreille ne cessa d'être dans ces conditions pathologiques, indiquant une transformation dans la nature de la maladie. La totalité de l'appendice avait acquis une épaisseur triple de celle qu lui est ordinaire ; des fentes à bords indurés divisaient la peau de

la région. Les replis du pavillon de l'oreille ne s'accusaient plus avec leurs saillies naturelles, mais étaient confondus en une masse plus ou moins inégale, résistante et douloureuse. Le lobule aussi était envahi. Les bords d'une fente principale à la hauteur de la division supérieure de l'anthelix étaient écartés et circonscrivaient une surface ulcéreuse d'aspect cancroïdal. Les douleurs avaient pris le caractère lancinant. Il est évident qu'une dégénérescence locale avait envahi l'ancienne surface eczémateuse et que désormais on pouvait craindre un envahissement profond.

Amputation ; l'examen histologique présente tous les caractères de la dégénérescence cancéreuse (*Montpellier médical*, 1869).

En 1887, Lancial, à la Société anatomo-clinique de Lille, présente un malade atteint depuis dix ans d'une dermatose à symptômes vagues « d'une production herpétique d'aspect psoriasique et eczémateux avec prurit intense. A la région dorsale droite, en un point où le malade se grattait souvent, il y a sept ans une plaie se forma à la partie inférieure d'une plaque, et autour de cette ulcération, on retrouve les lésions avec leur aspect eczématoïde » (*Société anato-clin.* Lille, 1887, p. 227).

Dans ce cas, il paraît bien évident qu'il s'agit d'un épithélioma consécutif à une dermatose ; la difficulté est de diagnostiquer cette dermatose ; la description insuffisante ne nous permet point de trancher la question, de porter un diagnostic précis.

En 1899, Bowen, de Boston, publia l'observation d'un malade atteint d'eczéma, qui se traitait au moyen d'une médication arsenicale prise à haute dose, pensant que ce médi-

cament rendait moins intense le prurit dont il souffrait. Il se produisit des productions verruqueuses qui dégénérèrent en épithélioma.

Cette observation devrait être rapprochée des cas étudiés au chapitre épithélioma sur psoriasis et, nous classerons ainsi cette observation : épithélioma sur hyperkératose arsenicale chez un eczémateux.

En 1907, Hutchinson publie l'observation d'un Portugais, âgé de cinquante-deux ans, atteint d'une éruption eczémateuse couvrant la figure, le cou, les oreilles, et la face dorsale des mains ; éruption datant de six mois. Un épithélioma fongueux s'est développé sur la joue gauche et la lèvre inférieure (*British Journ. of Derm.*, 1907, p. 395.)

Hutchinson présente ce cas comme une simple coïncidence et ne donne aucun renseignement précis sur l'éruption, aussi bien que sur le point où le néoplasme s'est greffé.

De même, mais encore plus que pour le psoriasis, l'eczéma, maladie aiguë, paroxystique, qui ne lèse l'épiderme que tout à fait superficiellement et ne laisse jamais la moindre trace cicatricielle de son passage, à guérison passagère et à rechute à brève échéance, à guérison soudaine et définitive, ne présente point de manifestations cutanées fixes et ne peut avoir aucune action d'appel pour une transformation maligne possible.

Épithélioma sur ulcère de jambe

La littérature médicale comprend un nombre relativement considérable d'épithélioma greffé sur les ulcères de jambe. Secheyron, Follin, Demarquay, Bichat, Broca ont rapporté des cas d'ulcère variqueux compliqué d'épithélioma. Wolkmann, qui en publia plusieurs observations, fit une statistique d'après laquelle 10 o/o des ulcères de jambe présenteraient pareille dégénérescence.

A la policlinique Henri IV nous avons rencontré l'observation d'un cas d'épithélioma compliquant un ulcère traumatique de jambe, que nous rapporterons ici selon la règle que nous nous sommes proposée de suivre au début de ce travail.

(Fiche nº 4613. Policlinique Henri IV, service du professeur Gaucher). Charles L..., vingt-neuf ans, cocher, 27 février 1905. A l'âge de onze ans, L..., habitant le Pas-de-Calais, fut victime d'un accident ; sa jambe gauche fut prise dans une machine ; il en résulta une plaie superficielle à la vérité, mais étendue. Aucun traitement sérieux ne fut institué, peu de temps après, le malade s'est remis à marcher négligeant même de protéger la plaie par le moindre pansement. Cette plaie, cicatrisée en partie, ne s'est jamais fermée.

Il raconte qu'il ne se souciait guère de son ulcère, pouvant marcher et travailler sans difficulté, ni douleurs. Depuis huit mois, la plaie s'agrandit envahie par des bourgeons suspects

irréguliers, abondants, se détruisant spontanément d'un côté, augmentant de l'autre.

Adénopathie depuis sept mois à la région crurale, dure, mobile, douloureuse.

Actuellement, ulcération large occupant le tiers supérieur de la partie antéro-externe de la jambe. Végétations irrégulières, saignant facilement, sphacélées, à odeur infecte. Pansement au formol à 5 o/o, radiothérapie.

31 mars. — Amélioration.

22 mai. — Ganglions augmentés de volume et nouveaux ganglions dans la fosse iliaque droite.

30 juin. — Radiodermite au niveau de quelques ganglions cruraux, décollement de l'épiderme, pansements humides.

18 juillet. — Passage au pavillon Guinard, ganglions largement envahis, adhérents à la peau. Énorme ulcère végétant de la partie supérieure et externe de la jambe gauche, couvert de végétations très luxuriantes en certains points, peu abondantes au niveau de la crête tibiale et de la face interne du tibia. Les végétations sont très irrégulières, inégales, blanc rosé, rose vif ou grisâtre, selon les points. Tout autour de l'ulcère, bourrelet peu accentué, suintement sanguinolent des plus fétides ; saignement au moindre frottement. Un tel ulcère s'affirmait bien vite comme une lésion cancéreuse, son aspect était caractéristique et le diagnostic évident (Dr Morestin).

Examen histologique (Dr Lefas) établit qu'il s'agit d'un épithélioma (*Bull. Soc. an.*, Paris, nov. 1905, p. 791).

Cette complication a été signalée sur ulcère traumatique, sur ulcère variqueux, sur cicatrice d'ulcère. Nous connaissons les ulcères de jambe avec leur

tendance faible ou nulle à la cicatrisation, lésion persistant en un point de nombreuses années, survenant généralement chez des individus âgés, avec toutes les lésions chroniques qui les accompagnent, aussi comprenons-nous que le cancer puisse venir compliquer ces ulcères. Il se montre, sur ce terrain, à vitalité amoindrie, exubérant et le plus souvent doit-on avoir recours à l'amputation précocement pour éviter la généralisation qui survient de bonne heure chez ces gens affaiblis.

ÉPITHÉLIOMA SUR SYPHILIDES CUTANÉES

L'épithélioma sur lésions syphilitiques tertiaires est une complication dont on ne connaît que quelques rares exemples. Yvaren, Ricord, Bouisson, Demarquay, Lang, Dontrelepont, Mayer, Kaposi en ont rapporté des observations où la coexistence des deux lésions est certaine.

L'épithélioma venait compliquer le plus souvent une lésion cutanée ulcéreuse tertiaire en place depuis longtemps, mais on a rencontré l'épithélioma sur syphilides serpigineuses de la face, sur une récidive *in situ* d'un chancre syphilitique de la lèvre inférieure au bout d'un an, sur une gomme ulcérée. Kaposi rencontra cette complication sur une syphilide gommeuse ulcérée et dans ce cas il ne put se prononcer sur l'origine de la tumeur soit aux dépens

de la région ulcérée, soit aux dépens de la région cicatrisée.

Cette complication est, somme toute, très rare, et, à la policlinique Henri IV, où un très grand nombre de syphilitiques tertiaires sont traités, nous n'avons trouvé aucune observation de ce genre, et, il est possible que ce soit là la raison pour laquelle nous n'avons point rencontré cette complication. En effet, il devrait être question de vieilles syphilides tertiaires, non traitées, existant depuis de nombreuses années sur une région, amenant une irritation de l'épiderme suffisant pour que le mal puisse survenir de préférence sur ce point. Or, le mercure et l'iodure ont vite raison de ces lésions.

Épithélioma sur nævi

La dégénérescence épithéliomateuse de certains nævi est chose bien connue et, ici, il s'agit de cas relativement fréquents. Bien que cette question s'éloigne un peu de notre sujet, nous avons tenu à rapporter les principales observations colligées à la policlinique Henri IV, nous étant proposé au début de notre sujet de réunir les cas rencontrés dans le service de M. le professeur Gaucher.

Nous rappellerons sur cette question les travaux de Chambard, la thèse de Lerefait, la publication de Reboul, les cas colligés par Wolkmann et sa statistique montrant que 10 o/o des cancers cutanés

avaient leur origine sur des nævi soit congénitaux, soit acquis, mais alors acquis dans les premiers temps de l'existence, ceux de Sequeira, de Péravie, de Masson, de Farantino.

(Fiche n° 3226. Policlinique Henri IV).

M. L..., cinquante-six ans, 1903. Il y a trois ans fut traité à Tenon pour tumeur du front sessile, large comme une pièce de 2 francs; peau non mobile sur le plan profond. La tumeur s'est développée sur une verrue datant de l'enfance. Opéré à Tenon. Récidive.

Décembre 1903. — Policlinique Henri IV, destruction au thermocautère.

Janvier 1904. — *Actuellement*, complètement guéri.

(Fiche n° 3277). Mme J..., trente ans, juin 1904.

Au-dessus de la queue du sourcil gauche existe un petit adénome sébacé gros comme une tête d'épingle, que la malade a constaté depuis son enfance. Au-dessous de la paupière gauche, à 2 centimètres, une lésion identique s'est transformée en épithélioma typique.

Actuellement, la lésion a un centre croûteux, large comme une lentille, et une périphérie perlée; la lésion saigne facilement.

Traitement. — Thermocautérisation.

(Fiche n° 5100. Policlinique Henri IV). Mlle F..., soixante-douze ans, mars 1905.

Depuis trois ans développement d'une petite ulcération sur un molluscum existant depuis de nombreuses années à la face postéro-interne de la cuisse. Petites hémorragies déterminées par le frottement des vêtements sur la tumeur.

Actuellement, petite tumeur arrondie, de 3 centimètres de diamètre, légèrement excavée, à surface végétante, circonscrite par un rebord induré. Cette tumeur présente un pédicule court, mais assez grêle, s'insérant sur des téguments légèrement infiltrés, mais dans une étendue restreinte. Pas d'adénite inguinale.

Traitement. — Radiothérapie.

(Fiche nº 10378. Policlinique Henri IV). Jules M..., soixante-cinq ans, décembre 1907.

Il existait sur la joue gauche un nævus pigmenté depuis le jeune âge ; ce nævus, d'abord peu étendu, s'est accru depuis dix ou douze ans. Depuis six semaines une lésion épithéliomateuse s'est développée sur le bord antérieur du nævus. Pas de ganglions.

Traitement. — Destruction au thermocautère.

(Fiche 14596. Policlinique Henri IV). C... Émile, cinquante-trois ans, juin 1909.

Le malade présentait à l'angle interne de l'œil gauche, deux petites lésions næviques congénitales. Il y a quinze jours, le malade s'est aperçu que cette lésion s'est ulcérée et est devenue croûteuse.

Actuellement, on constate une ulcération arrondie, ayant 1/2 centimètre de diamètre, un rebord épithélial perlé typique. un fond saignant.

Traitement. — Radium (Dr Oct. Claude).

D'après ces quelques cas, nous voyons que, sauf dans un cas, la complication épithéliale maligne est survenue chez des individus ayant dépassé l'âge de

cinquante ans, que l'épithélioma s'est installé insidieusement, que la lésion une fois établie n'a gagné que peu rapidement tant en surface qu'en profondeur, que les ganglions semblent ne s'être pris que tardivement, que le traitement tôt fait a donné de bons résultats.

Hyperkératoses précancéreuses

Nous ne pouvons terminer ce sujet sans rapporter ici les hyperkératoses circonscrites suivies de cancer. Dubreuilh, au Congrès de Londres, 1906, a décrit ces hyperkératoses précancéreuses. Il a signalé, comme tels :

1° La corne cutanée ;

2° Le kératome sénile que Besnier appelait épithéliomatose sébacée ;

3° Le xeroderma pigmentosum que Besnier a appelé l'épithéliomatose pigmentaire. La maladie de Kaposi est une dermatose bien déterminée. Dans le cours de nos recherches sur l'épithélioma cutané survenant sur des dermatoses préexistantes, nous avons trouvé relaté un nombre relativement grand pour cette maladie peu fréquente d'observations de exroderma fruste. Ainsi notre éminent maître, le Dr Balzer a décrit un cas de xeroderma pigmentosum avec épithélioma de la face et il a particulièrement insisté sur ce caractère particulier « que les taches blanches atrophiques qui constituent un des

principaux caractères de cette affection étaient très peu marquées » ; le Dr Brocq a décrit le xeroderma fruste, le seul symptôme étant la tache lentigineuse. Ailleurs, d'autres auteurs ont noté l'atrophie légère de la peau dans certain lentigo ; Hutchinson a décrit un lentigo infectieux avec développement de tumeurs mélaniques, Fortin, dans sa thèse : *Lentigo malin*, a décrit certaines taches lentigineuses du visage donnant naissance à des tumeurs malignes chez des individus âgés. Il s'agit, évidemment, dans ces différents cas, de lésions de nature tout à fait différente, mais à la suite de l'étude des dermatoses suivies de complication épithéliomateuse que nous venons de faire, nous avons cru devoir classer ces cas dans notre sujet. En effet, il s'agit de lésions cutanées, existant depuis de nombreuses années sur un individu, demeurant soit à l'état de taches pigmentaires, soit disparaissant et laissant une trace cicatricielle, que l'épithélioma peut, dans certains cas, venir compliquer ; que la complication survient plus ou moins tard, soit sur cicatrice, soit sur tache pigmentaire. Cependant, il faut donner, d'après la description des dermatologistes, à la lésion de xeroderma une action irritante particulièrement intense pour l'épiderme, car d'après ceux-ci la complication épithéliomateuse est de règle ; et, seul, parmi toutes les dermatoses, le xeroderma aurait une sorte d'action spécifique d'appel pour la transformation cancéreuse, ou — ce qui nous paraîtrait plus acceptable — cette maladie se développerait chez des individus

présentant l'hérédité cancéreuse, ce qui pourrait, dans une certaine mesure, être démontré par le caractère familial et héréditaire de l'affection, par le fait que souvent dans les antécédents héréditaires, l'hérédité cancéreuse est notée ;

4° La kératose verruqueuse arsenicale dont nous avons rapporté plus avant des observations en coexistence avec le psoriasis et l'eczéma.

Les diverses lésions cutanées que nous venons de passer en revue ont, comme point commun, d'aboutir dans la majorité des cas et à plus ou moins longue échéance à la dégénérescence épithéliomateuse. L'épithélioma présente une évolution un peu différente selon la lésion première : ainsi dans le xeroderma, l'épithélioma se caractérise par le fait de manifestations multiples coexistant sur un même individu, se renouvelant avec la plus grande facilité, la généralisation se produisant plus ou moins tardivement. L'épithélioma qui se développe sur la corne cutanée, le kératome sénile présente un caractère insidieux et cliniquement il est difficile de noter exactement le passage de l'état papillaire à l'état épithéliomateux ; cette variété d'épithélioma est particulièrement sensible aux irritations et le fait est bien connu de l'extension de la tumeur proportionnellement aux tentatives incomplètes de destruction de la lésion. Souvent, il paraît présenter deux périodes : une période de stabilité où il ne progresse que peu ou point, une période d'extension particulièrement rapide, et alors que le traitement

donne d'excellents résultats au premier stade, la guérison est toujours beaucoup plus difficultueuse au second.

CONCLUSIONS

I. — Quand l'épithélioma se développe secondairement à une dermatose, il ne prend naissance que sur une dermatose chronique.

II. — L'épithélioma se greffant soit sur une dermatose en évolution, soit sur une lésion cicatricielle dérivant de celle-ci, est un fait rare.

Dans le service de M. le professeur Gaucher, où sont réunies près de vingt mille observations de maladies de la peau, nous avons pu réunir 12 cas de cet ordre :

Épithélioma sur lupus tuberculeux 4 cas.

Épithélioma sur psoriasis 1 cas.

Épithélioma sur lichen 1 cas.

Épithélioma sur ulcère de jambe 1 cas.

Épithélioma sur différents nævi 5 cas.

III. — Une dermatose, par elle-même, paraît n'avoir aucune action spécifique d'appel pour la transformation cancéreuse ; au contraire, le seul grand facteur paraît être la plus ou moins longue persistance d'une lésion de l'épiderme sur un point de celui-ci chez des individus prédisposés.

IV.— La marche envahissante de ces épithéliomas

nous paraît avoir un certain rapport avec l'étendue du désordre cellulaire causé par la dermatose première.

V. — Le traitement de ces épithéliomas consécutifs par la radiothérapie, seule ou associée à l'exérèse chirurgicale possible, nous paraît être le meilleur, à la condition d'utiliser le traitement par doses fortes et espacées, le minimum suffisant pour donner au thérapeute la garantie d'agir en toute sécurité, car seul il respecte le principe fondamental à l'heure actuelle en matière d'épithélioma : « Ne toucher que pour détruire ».

Vu : le Président de la thèse
E. GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ALIBERT. — Traité des Maladies de la Peau, 1re édition, 1818, t. II, p. 358 ; 2e édition, 1825, t. I, p. 206-247.

ALLEN. — Journ. of cutaneous diseases, 1906, p. 273.

BALZER et MERLE. — Xeroderma et épith. de la face (Ann. de Derm., déc. 1906, p. 1054 et Soc. franç. de Derm., 6 déc. 1906).

BARDELEBEN. — Société de Médecine. Berlin, 1875.

BIDAULT. — Thèse de Lille, 1886.

BOUISSON. — Épith. et eczéma (Montpellier médical, 1869).

BÉCLÈRE. — Bulletin Soc. Derm. et Syph., févr. 1906.

BELOT. — Bulletin Soc. Derm. et Syph., février 1906.

BLASCHKO. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1890.

BESNIER. — Ann. de Derm., 1884, p. 402.

CESTINO. — Epithelioma en un caso de uleritema centrifugo simetrico (Casos de observacion [de Argentina Medica]. Buenos-Ayres, 1909, p. 313).

CARTAZ. — Épith. et psoriasis (Bull. Société anatomique. Paris, 1877).

CASTEL (DU). — Épith. et lichen corné (Société franç. Derm., 7 mai 1903. — Ann. de Derm., 1903, p. 412).

— Tuberculose cutanée (Biblioth. Charcot-Debove, p. 95).

DE BEURMANN et LAROCHE. — Épith. et lupus érythémateux (Bull. Soc. de Derm., 10 juin 1909, p. 225).

DEVERGIE. — Traité des Maladies cutanées, 1854, p. 570.

DESBONNETS. — Épith. sur lupus tuberculeux. Thèse de Paris, 1893-1894.

DUBREUILH et PETGÈS. — De l'Épith. consécutif au lupus érythémateux (Ann. de Derm., 1909, p. 106).

DARIER. — Cancer arsenical (Ann. de Derm., déc. 1902, p. 1125).

DYER. — Épith. et lupus érythémateux (Daniel's Texas Medical Journ., 1892-1893, p. 178-180).

FINATO. — Un caso di epith. associato a siffiloma (Clinica Moderna, 6 sept. 1905).

FARANTINO. — Cancro et angiomi cutanei (Policlinico, juin 1903).

FORTIN. — Lentigo malin des vieillards. Thèse de Toulouse, 1906.

GAUCHER, DRUELLE et CESBRON. — Épith. sur lichen simplex chronique (Bull. Soc. de Derm., 4 avril 19 o).

GOUGEROT (H.). — Thèse de Paris, 1907-1908.

GASTON et LOMBARDO. — Ann. de Derm., 1903, p. 413.

HUTCHINSON. — Am. epith. and eczema (British journ. of Derm., 1903, p. 395).

HALLOPEAU et BRODIER. — Epith. et lupus tuberculeux (Ann. de Derm., 1896).

HOLLANDER. — Dermatolog. Zeitschr., H. 6, 1900.

HÉBRA (H.). — Monatch. für prak Derm., 1887, n° 1.

HARTZELL. — American Derm. Associat., mai-juin, 1899.

— Journ. of cut. diseas., nov. 1899, p. 493.

— Journ. of cut. diseas., sept. 1903, p. 393.

HUTCHINSON (J.). — Lectures on lupus (British Med Journ., janvier 1888).

KAPOZI. — Handatlas der Hautkrankheiten, vol. II, 1879.

— Vierteljahresschrift für Derm. und Syph., 1879, p. 73.

HEUSS. — Fall von psoriasis mit arsenkeratose und folgendem arsencarcinom (Correspondenzblatt f. schweizer Aerzte, avril 1902).

KREIBRICH (VON). — Archiv. für Derm. und Syph. Bd. 51, H 3, p. 347, 1900.

LIEBERTHAL. — A case of epith. developped the basis of a healed lupus traited by rays (Journ. of Americ. Med. associated, 21 mai 1901, p. 1464).

LELOIR. — Traité de la scrofulo-tuberculose, 1892.

LLOYD. — Epith. engrafted in X rays burn (New-York Acad. of Med., 9 mars 1903).

LANGENBECK. — Viertelj. für Derm. und Syph., 1875.

LANG. — Viertelj. für Derm. und Syph., 1888, p. 446.

MORESTIN. — Épith. sur ulcère de jambe (Bulletin Société anatomique. Paris, nov. 1905, p. 791).

— VIIe Congrès français de Chirurgie. nov. 1903.

MASSON. — Épith. du pouce sur nævus (Bull. Soc. anatom. Paris, fév. 1908, p. 170).

MIBELLI. — Sulla combinazione del lupus col. carcinoma Broch. Sienna, 1887.

MAC LEOD. — Epith. in a case of lupus vulgaris (Derm. Soc. of Lond., 9 novembre 1904. — British Journ. Derm., décembre 1904, p. 455).

POZZI (S.). — Épith. et psoriasis (Bull. Soc. anatom. Paris, 1874, p. 587).

PAUTRIER. — Épith. sur lupus érythémateux (Bull. Soc. anat. Paris, nov. 1904, p. 745).

PÉRAIRE. — Molluscum pendulum en voie de dégénérescence épith. (Bull. Société anatomique de Paris, oct. 1907, p. 644).

PRINGLE. — British Journ. of Derm. and syph., 1900, p. 1.

— British Journ. of Derm. and syph., 1902, p. 270.

PUSEY. — Case of Epith. developped on the cheek upon on area lupus erythematosus (Journ. of cut. dis., juin 1908, p. 277).

RAYMOND (P.). — L'Épith. de la peau (Progrès médical, 12, 19, 26 mars 1904, p. 161-177).

— Journ. de Médecine de Paris, 6 déc. 1903, p. 493.

RAYER. — Traité des Maladies de la Peau, 1836.

RIESSMEYER. — Epithelial cancer on lupus erythematosus (Saint-Louis courrier U. S. A., 1886).

SCHMIDT. — Lupus erythematodes und Karzinom D. Z., septembre 1906, p. 665-666.

SARGENT. — Epith. Associated with psoriasis (D. S. of

Lond., 13 décembre 1905. — Brit. Journ. Derm., janvier 1906, p. 40).

SEQUEIRA. — Epith. of the face origniating in papillary nævus (D. S. of Lond., 8 janv. 1902. — Brit. Journ. Derm., fév 1902, p. 62).

TILLAUX. — Société de Chirurgie, 1877, p. 358.

TAYLOR (St.). — Epith. and lupus erythematosus (Brit. Med. Journ., 3 mai 1902, p. 1080).

WENDE. — Journ. of cut. dis., déc. 1908, p. 531.

WHITE (J.-C.). — Psoriasis and epith. (Boston Society, nov. 1884).

WHITFIELD. — Psoriasis and epith. (D. S. of Lond., 13 déc. 1905. — Brit. Journ. Derm., janvier 1906, p. 140).

Imp. de la Faculté de Médecine JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris.